
Aus der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
(Direktorin: Prof. Dr. Claudia Bausewein)

**Die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse
von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen in
Bayern**

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanmedizin
an der medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Jülyet Öven-Uslucan
aus München

2017

Mit der Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Berichterstatter: Prof. Dr. Eckhard Frick SJ

Mitberichterstatter: Priv.Doiz. Dr. Marcus Schlemmer

Mitbetreuung durch den Prof. Dr. Arndt Büssing
promovierten Mitarbeiter.

Dekan: Prof. Dr.med.dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 06.04.2017

**Für meinen Vater
Mardiros Öven
(1940-1985)**

Inhalt

1. EINLEITUNG UND HINTERGRUND	5
2. BEGRIFFSDEFINITION UND GRUNDLAGEN	7
2.1. EXKURS: DEFINITIONEN VON SPIRITUALITÄT UND RELIGION	7
2.2. DEFINITIONSVERSUCH RELIGION IM ALLGEMEINEN	7
2.3. SPIRITUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN	8
2.4. GRUNDBEDÜRFNISSE DES MENSCHEN NACH MASLOW UND ALDERFER	9
2.5. BEGRIFFSERKLÄRUNG: SPIRITUELLE UND PSYCHOSOZIALE BEDÜRFNISSE.....	12
2.6. SPIRITUELLE, PSYCHOSOZIALE UND EXISTENTIELLE BEDÜRFNISSE VON PERSONENGRUPPEN VERSCHIEDENER KULTUREN, VERSCHIEDENER ALTERSKLASSEN IN VERSCHIEDENEN NOT UND KRANKHEITSSITUATIONEN.....	14
2.7. BISHER BEKANNTE SPIRITUELLE UND PSYCHOSOZIALE BEDÜRFNISSE VON SENIOREN	16
3. HINTERGRUND UND ZIEL DER STUDIE	17
3.1. HINTERGRUND DER STUDIE	17
3.2. AUSGANGSSITUATION	18
3.3. FORSCHUNGSFRAGEN.....	18
4. METHODEN	19
4.1. AUSWAHL UND AUSSCHLUSSKRITERIEN.....	19
4.2. AUFBAU DER FRAGEBÖGEN UND MESSVERFAHREN DER PSYCHOSOZIALEN UND SPIRITUELLEN BEDÜRFNISSEN ..	20
4.3. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	21
4.4. SELBSTEINSCHÄTZUNG DER ALLTAGSBEEINTRÄCHTIGUNG (VAS).....	21
4.5. SPNQ FRAGEBOGEN.....	21
4.6. RELIGIÖSES VERTRAUEN (SPREUK)	22
4.7. LEBENSZUFRIEDENHEIT (BMLSS)	23
4.8. DIE EVALUATION DES LEBENS SINNES BEI ÄLTEREN MENSCHEN (SMILE)	24
4.9. GEMÜTSLAGE (ASTS)	25
4.10. FRAGEN ZUR HEIMSITUATION	26
5. ERGEBNISSE	27
5.1. DATENANALYSE UND STATISTISCHE AUSWERTUNG	27
5.2. DESKRIPTIVE BESCHREIBUNG DER STICHPROBEN	27
5.3. RANKING DER SPEZIFISCHEN SPIRITUELLEN BEDÜRFNISSE (SPNQ) (EINZELITEMS).....	29
5.4. AUSSAGEN DER SOZIO-DEMOGRAPHISCHEN VARIABLEN ÜBER DIE SPEZIFISCHEN SPIRITUELLEN BEDÜRFNISSE ..	30
5.5. DIE KORRELATION ZWISCHEN SPIRITUELLEN BEDÜRFNISSEN UND DER MIT LEBENSQUALITÄT BZW. LEBENSZUFRIEDENHEIT ASSOZIIERTEN VARIABLEN	35
5.6. PRÄDIKTOREN FÜR SPIRITUELLE BEDÜRFNISSE	37
6. DISKUSSION	41

6.1.	INTERPRETATIONEN DER BEDÜRFNISSE	41
6.2.	VERGLEICH BAYERN MIT SCHLESWIG-HOLSTEIN.....	48
6.3.	DIE SPIRITUELLE ROLLE DES ARZTES.....	53
6.4.	LIMITATIONEN	54
7.	GEMEINSAMER AUSBLICK.....	56
8.	ZUSAMMENFASSUNG	60
9.	ANHANG	62
9.1	ABBILDUNGSVERZEICHNIS UND TABELLENVERZEICHNIS.....	63
9.2	FRAGEBÖGEN.....	65
9.3	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	71
9.4	DANKSAGUNG	72
9.5	LITERATURVERZEICHNIS.....	73

1. Einleitung und Hintergrund

Der demografische Wandel in Deutschland vollzieht sich in immer größerem Ausmaß. Bis zum Jahre 2050 wird die Anzahl der über 65-Jährigen um 38% und die der über 80-Jährigen um 156% steigen [1]. Eine seniorengerechte Grundversorgung mit fachgerechtem Personal wird immer wichtiger [1]. Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird sich aufgrund der steigenden Lebenserwartung bis zum Jahre 2050 verdoppeln [2]. Durch die Berufstätigkeit der sogenannten „Sandwich-Generation“, den zu engen Wohnraum in den Großstädten sowie die hohe Mobilität der jüngeren Generationen ist eine häusliche Pflege oft nicht mehr möglich. Die Eltern bzw. Großeltern gehen deshalb oftmals freiwillig in Alten- bzw. Pflegeheime [3]. Obwohl die Pflege zu Hause eine Alternative für die ältere Generation darstellt, stehen den Familienangehörigen häufig nicht die nötigen Ressourcen zur Verfügung. Diejenigen, die es sich leisten können, ziehen in ein Alten- bzw. Pflegeheim. Laut der Pflegestatistik 2007 gab es in Deutschland bereits knapp 11.000 Pflegeheime mit 766.000 vollstationären Pflegeplätzen [4]. Die Daten machen deutlich, dass Fachkräfte von Nöten sein werden, die sich auf die Bedürfnisse von Senioren einzustellen haben [5]. Alten- und Pflegeheime sind häufig der letzte Ort vor dem Ableben der Senioren. Es ist bedeutsam, die Zeit, die ihnen dort verbleibt, so positiv wie möglich zu gestalten. Ziel ist es ihre Schmerzen zu lindern, für sie die bestmögliche Lebensqualität sicherzustellen, sowie sie und ihre Angehörigen in spirituellen und psychosozialen Aspekten zu begleiten [6]. Durch den Verlust der eigenen Autonomie, Lebensfreude und der sozialen Kontakte sowie durch den stetigen mentalen und körperlichen Abbau als auch durch gesundheitliche Probleme, können Depressionen vorprogrammiert sein [7]. Eine Studie aus dem Jahre 2009 zeigte, dass Senioren trotz bestehenden sozialen Kontakten sich in Heimen einsam und unnütz vorkamen [8]. Eine weitere Studie wies darauf hin, dass in Heimen wohnende Senioren im hohen Alter häufig Suizidgedanken haben, aber selten aktiv ihrem Leben ein Ende setzen wollen [9]. Dennoch gibt es unter den Senioren eine hohe Dunkelziffer an Suizidfällen [10]. Der Verlust der Würde auf der einen Seite und die Gedanken an den Tod auf der anderen, führen dazu, dass ältere Menschen Bedürfnisse haben, die weder von Ärzten bzw. Psychotherapeuten noch von Sozialarbeitern, Seelsorgern oder anderen Per-

sonen befriedigt werden können [11]. Senioren, die in Alten-und Pflegeheimen leben, haben demnach andere Bedürfnisse als jene, die mitten im Leben stehen, berufstätig sind und ein Familienleben haben. In der vorliegenden Arbeit wird zunächst mittels Definitionen ein Überblick über die Forschungslage des Spiritual Care in der heutigen Medizin gegeben, bekannte Studien darüber vorgestellt und die bisher in Deutschland noch wenig erforschten Bedürfnisse von Bewohnern in Alten-und Pflegeheimen charakterisiert. Ziel ist es diese Bedürfnisse, die mittels Fragebögen eruiert werden, zu konkretisieren und einen Lösungsansatz für die Praxis zu finden.

2. Begriffsdefinition und Grundlagen

2.1. Exkurs: Definitionen von Spiritualität und Religion

Spiritualität ist schwer zu konkretisieren [12]. Laut Manhoney und Pargament ist Spiritualität die Suche nach dem „Heiligen“ [13], die Reflexion der Erfahrungen, die im Umgang mit existentiellen Fragen gemacht werden [14]. In allen Kulturen und Gesellschaften begegnet man der Spiritualität, weil der Mensch durch seine Religion, seinen Glauben an Gott, seine Familie, nach dem Sinn seines Daseins sucht. Spiritualität kann als eine Form von Lebensphilosophie betrachtet werden, die auch religiöse Elemente vereinen mag. Sie steht nicht im Gegensatz zur Religion, im Gegenteil, sie gibt der Religion einen transzendenten Charakter [15]. Auf seiner persönlichen Suche nach dem Sinn des Lebens steht Spiritualität als ein universelles Phänomen jedem Menschen zur Verfügung und ist im Gegensatz zur Religion, die meistens ein Resultat von historischer und kultureller Entwicklung ist, frei von jeglichen Ritualen, Dogmata und Traditionen [16]. Dabei kann sich jeder Mensch auf seiner individuellen Suche an bestimmten Ritualen und Traditionen bedienen. Man geht davon aus, dass der Natur jedes Individuums eine gewisse, für ihn persönliche, Spiritualität innewohnt [17]. Die Vielschichtigkeit der Spiritualität machen Bucher und Zwingmann folgendermaßen deutlich: Die Suche nach dem Sinn und die Fähigkeit zur Selbsttranszendenz, Selbstakzeptanz und Selbstentfaltung, positive soziale Beziehungen, intensives Erleben der Schönheit und Heiligkeit der Natur, Verbundenheit mit einer höheren Macht sowie die Achtsamkeit oder andere Meditationserfahrungen: In all diesen Formen begegnet man der Spiritualität [18] [19]. Demnach befindet sich in jedem Menschen etwas Spirituelles, auch wenn der Bezug zum Religiösen nicht gegeben ist. Um Spiritualität nicht mit Religion zu verwechseln wird im Folgenden kurz auf den Begriff „Religion“ eingegangen.

2.2. Definitionsversuch Religion im Allgemeinen

Laut Brady et. al. ist Religion die gemeinschaftliche Teilhabe an bestimmten Überzeugungen und Ritualen traditioneller Religionen, die von größeren Institutionen vorgeschrieben werden [20]. Sie ist die erlebnishafte Begegnung mit dem Heiligen und antwortendes Handeln des vom Heiligen bestimmten Men-

schen [21], der verbreitete soziale sowie institutionelle Kontext in welchem die Suche nach dem Heiligen stattfindet [13]. Im weitesten Sinne stützt sie sich auf eine bestimmte Lehre und tritt stets in Beziehung zu einer bestimmten sprachlichen und geschichtlichen Kultur und definiert die Glaubensrichtungen der Menschen [22]. Sie ist als eine Methode bzw. eine Möglichkeit anzusehen, die den Menschen die undefinierbare Spiritualität näherzubringen versucht [23]. Für den Soziologen Durkheim bedeutete Religion ein System, das auf Solidarität basiert und auf die gute Moral in der jeweiligen Religionsgemeinschaft setzt [24]. Sie beeinflusst die Stimmung, Haltung, Psyche, Wertvorstellung und das soziale Leben des Menschen, um ihn durch eine festgelegte Ordnung stets zu motivieren [25]. Religion birgt eine Vielzahl unterschiedlicher kultureller Phänomene, die den Glauben an eine Welt der Gottheiten oder der Spiritualität beinhalten [25]. In der Emanzipationsfunktion, in der auf das Jenseits gehofft wird und man sich das Reich Gottes vorstellt, wird die Weltabwehr und Weltflucht von großer Bedeutung [26]. Es entsteht der Eindruck, dass in der Religion die universelle „Göttlichkeit“ der Schöpfung, eher außerhalb des Menschen gesucht wird, wohingegen die Spiritualität die „Göttlichkeit“ in jedem Lebewesen sieht. Da jeder Mensch ein „Abbild Gottes“ ist, trägt er demnach ein Stück „Göttlichkeit“ in sich [27]. Es ist seine eigentliche Lebensaufgabe, dies zu erkennen und demnach zu handeln.

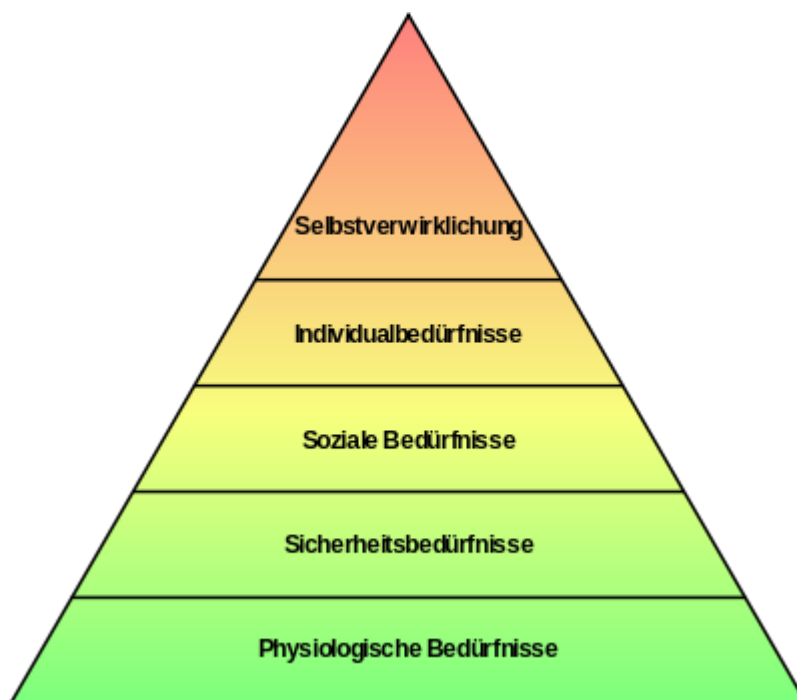
2.3. Spiritualität im Gesundheitswesen

Seit über vierzig Jahren beschäftigen sich Forscher weltweit mit spirituellen und psychosozialen Fragen. Die wissenschaftliche Literatur vor allem aus Nordamerika und Europa zeigt deutlich, dass im Gesundheitswesen Diskurs, Praxis und die medizinischen Einrichtungen offen sind für Studien zu spirituellen und psychosozialen Belangen [15]. Es gibt Evidenz, dass Menschen aus der „seelischen Stütze“ der Spiritualität eine Kraft schöpfen, durch die sie besser mit ihrer Krankheit und ihrem Zustand umgehen können, oder aber einen Sinn in ihrem Leid und ihrer Isolation zu finden versuchen [28]. Am Ende des Lebens, wenn der Tod und das Sterben nicht vermeidbar sind, wird der Spiritualität ein gewisser Platz gewährt [29]. Die spirituellen Themen an diesem Zeitpunkt sind sowohl der Verlust des Lebenssinns, die Hoffnungslosigkeit, Enttäuschung, Schuld und das

Schamgefühl, der Bezug zu anderen, als auch der Hass auf Gott und das Gefühl zu haben, von Gott und allen anderen verlassen worden zu sein [30]. Im Gegensatz zu jungen und gesunden Menschen betrachten alte und kranke Menschen die Welt häufig mit ganz anderen Augen und messen anderen Dingen und Themen im Leben Wichtigkeit bei [31]. Medizinisch betrachtet zählen zu den spirituellen Bedürfnissen Hoffnung, Lebenswillen, sowie angemessener Umgang mit Leid, Schmerz und dem Tod [32]. Seit den frühen neunziger Jahren erkennen auch die großen akademisch-medizinischen Zentren, Krankenpflegeschulen und Kliniken die große Bedeutung des „Spiritual Care“ und sehen es als eine wichtige Dimension im Gesundheitswesen an [30]. An der Münchener Ludwig-Maximilians-Universität gibt es seit dem Jahr 2010 eine Professur für Spiritual Care, die der Palliativmedizin zugeordnet ist und sich mit holistischem Ansatz mit Sinnfragen am Lebensende, richtigem ethischem Handeln und seelischer Begleitung der chronisch kranken und alten Patienten beschäftigt. Da dem positiven Effekt von Spiritualität in der Krankheitsbewältigung bei Patienten immer mehr an Bedeutung beigemessen wird, laufen national und international mehrere interdisziplinäre Forschungsarbeiten bezüglich Sinnfragen und Kernbedürfnisse der Patienten bzw. Senioren an ihrem Lebensende [33]. Es kann behauptet werden, dass die Erforschung der spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse ein Objekt biomedizinischer Forschung geworden ist, die aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann [15]. Da zum jetzigen Zeitpunkt erst wenige Publikationen erschienen sind, die den seelischen Zustand im Alter erforschen, geht die vorliegende Arbeit auf die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse von Senioren in Alten- und Pflegeheimen ein.

2.4. Grundbedürfnisse des Menschen nach Maslow und Alderfer

Es ist offensichtlich, dass jedes Individuum im Leben Bedürfnisse hat, die zu befriedigen sind. Diese Bedürfnisse nach Frieden, Gesundheit und sozialer Unterstützung sind universelle menschliche Bedürfnisse und wichtige Faktoren, die ernst zu nehmen sind [34]. Der amerikanische Psychologe Abraham Maslow beschrieb 1943 die Bedürfnishierarchie, die jeder Mensch zum (Über-)Leben braucht.



Grafik aus: [35].

Nach seiner Ansicht sind die grundlegenden Bedürfnisse zunächst die physiologischen Bedürfnisse wie z.B. das Atmen, Essen, Trinken, Schlafen etc. Neben diesen existentiellen, zum Überleben notwendigen Bedürfnissen, gibt es auch solche, die zunächst nebensächlich erscheinen. Laut Maslow folgt dicht auf die essentiellen Bedürfnisse das Bedürfnis nach gesundheitlicher, finanzieller und persönlicher Sicherheit. Weiter oben auf der Bedürfnispyramide steht die Zugehörigkeit. Das bedeutet, dass die Familie, Freunde, Beziehungen, Intimität und das Akzeptiert-Sein in der-Gesellschaft eine wichtige Rolle spielen. Noch weiter oben auf der Pyramide ist das Bedürfnis des Selbstwertes platziert, das durch das Vertrauen, den sozialen Status und Respekt beeinflusst wird. Schließlich befindet sich ganz oben auf der Pyramide das Bedürfnis nach der Selbstverwirklichung. Hier sind die Kreativität und Stärken des Menschen von Bedeutung. Die wichtigsten Bedürfnisse stehen demnach ganz unten auf der Pyramide und je weiter man nach oben steigt, umso mehr nimmt die Wichtigkeit jener ab [36]. Neuere Studien haben gezeigt, dass es eine Korrelation der Ebenen gibt: Je mehr die weiter unten in der Hierarchie angesiedelten Bedürfnisse befriedigt werden, desto mehr wurden auch die Bedürfnisse weiter oben auf der Pyramide befriedigt. Dies wiederum ist sehr von der familiären Unterstützung,

Lebenszufriedenheit und den traditionellen Werten des Menschen abhängig. Negative Faktoren wie Angst, Sorge, Krankheit und niedrige Lebenszufriedenheit führen dazu, dass die Bedürfnisse zunehmen [37]. Maslow kann auch kontrovers diskutiert werden. Oft sind die Bedürfnisse eines Menschen in seiner letzten Lebensphase nicht mehr vorhanden, beispielsweise das Bedürfnis nach Nahrung bzw. Trinken [38]. Die Bedürfnisse nach Schmerzfreiheit oder Schlaf sind wiederum trotz vieler Bemühungen manchmal gar nicht zu befriedigen [39]. Das bedeutet, dass in Zeiten von Krankheit oder des bevorstehenden Todes bestimmte Bedürfnisse des Menschen vorrangig sein werden, die zunächst nicht wichtig erscheinen, wenn er jung und gesund ist. Bedürfnisse von ideeller und spiritueller Bedeutung, die Kleinigkeiten des Alltags, bekommen jetzt einen anderen, höheren Stellenwert. Maslows Bedürfnispyramide verschiebt sich demnach in Zeiten von Krankheit und Leid. Clayton Alderfer, ebenfalls ein amerikanischer Psychologe, entwickelte Maslows Bedürfnispyramide weiter. Zum Vorschein kam sein ERG-Modell. Hierbei steht das E für „Existential needs“, also sowohl die physiologischen, als auch die nichtphysiologischen Bedürfnisse. Das R steht für „Relatedness“, das Bedürfnis nach Zuneigung, Zugehörigkeit, Achtung und Wertschätzung. Das G steht für „Growth needs“, das Bedürfnis nach Wachstum durch Selbsterfüllung und Selbstverwirklichung, was die Produktivität des Menschen fördert [40]. Alderfer ist der Meinung, dass sich die existentiellen und die Beziehungsbedürfnisse verstärken, wenn sie nicht in ausreichendem Maße befriedigt werden. Andererseits verstärken sich die existentiellen Bedürfnisse, wenn die Beziehungsbedürfnisse vernachlässigt werden. Je mehr das Wachstumsbedürfnis abnimmt, umso mehr steigt das Bedürfnis nach Beziehung. Die Beziehungsbedürfnisse steigen, je mehr die existentiellen Bedürfnisse befriedigt werden. Sind die Beziehungsbedürfnisse gestillt, steigt das Wachstumsbedürfnis und je mehr das Wachstumsbedürfnis befriedigt ist, umso mehr steigt auch wiederum das Bedürfnis nach Wachstum [41]. Für Senioren, die in Heimen leben und dadurch nur begrenzte Möglichkeiten haben, sich selbst zu verwirklichen bzw. selten eine Geste des Respekts und der Anerkennung für ihr Tun erfahren, können Beziehungsbedürfnisse im Sinne von Familie und Freundschaften eine größere Bedeutung bekommen. Wenn das Wachstumsbedürfnis nicht gestillt wird, können jene Menschen wieder das Bedürfnis nach ihren eigenen religiösen Traditionen bekommen [42]. Vergleicht man die

verschiedenen Bedürfniskategorien von Büssing und Koenig mit dem ERG Modell vom Alderfer, ergibt sich folgendes [43]: Die „Existence“/Sicherheit entspricht den Themen innerer Friede, Hoffnung, Balance, Vergebung, Stress und Angst, einen Rückfall in der Krankheit zu erleiden. Alderfer's „Relatedness“ wird der Verbindung gleichgestellt, also Aspekte wie die Liebe, Zugehörigkeit, Entfremdung und Partnerkommunikation, sowie der Transzendenz. Gemeint sind hier die spirituellen Ressourcen, die positive aber auch negative Beziehung zu Gott, die Gebete und das, was einem im Leben heilig ist. „Growth“ ist das Pendant zum Lebenssinn und Zweck, wo der Mensch auf der Suche nach dem Sinn seines Daseins forscht, sich selbst zu verwirklichen versucht und seine Rolle und Funktion im Leben ausfindig macht [44].

2.5. Begriffserklärung: Spirituelle und psychosoziale Bedürfnisse

Der Unterschied zwischen den spirituellen und psychosozialen Bedürfnissen ist nicht immer eindeutig. Die Enzyklopädie für Forschung der Lebensqualität definiert die spirituellen Bedürfnisse als die essentiellen, notwendigen Verlangen, Erwartungen oder Ziele, die nicht sichtbar oder fassbar sind [44]. Diese Bedürfnisse können religiös geprägt sein, da zu den spirituellen Bedürfnissen auch die religiösen Bedürfnisse, wie in heiligen Schriften zu lesen, Liturgien zu besuchen oder zu beten, gezählt werden. Die vorliegende Studie geht auch auf die existentiellen Bedürfnisse ein. Darunter versteht man, unter anderem über das eigene vergangene Leben zu reflektieren, somit über den Sinn seines Daseins nachzudenken. Auch das Bedürfnis nach innerem Frieden oder mit der Natur verbunden zu sein sowie das Bedürfnis des aktiven Gebens (Generativität), in Form von „jemandem Trost spenden zu können“, sind Bereiche, die zu den existentiellen Bedürfnissen gezählt werden. Folglich können die existentiellen Bedürfnisse als eine Untergruppe der spirituellen Bedürfnisse verstanden werden. [34]. Auch Menschen, die sich nicht als religiös betrachten und keiner kirchlichen Institution angehören, haben bestimmte Glaubenssysteme, die ihnen einen Lebenssinn verschaffen [45]. Für einen gläubigen Menschen kann ein Bedürfnis eine religiöse Konnotation haben, was für einen nicht religiösen Menschen etwas Existentielles darstellt, beispielsweise seine Mitmenschen und sich selbst zu respektieren. Was er als sein spirituelles Bedürfnis ansieht, hängt von seiner Überzeugung, seiner Weltanschauung und seinem kulturellem Hin-

tergrund ab [3]. Klinische Studien und Forschungsarbeiten stützen sich hierbei auf die vier Kerndimensionen von spirituellen Bedürfnissen. Diese sind die Verbindung zu etwas Höherem, Frieden, Lebenssinn bzw. Zweck und Transzendenz, wobei sie die zugrundeliegenden sozialen, emotionalen, existentiellen und religiösen Kategorien nicht außer Acht lassen [3]. Hierbei wird deutlich, dass es sich um nicht fassbare und nicht sichtbare Themen handelt. Die Gefühlswelt des Menschen mit seinen ideellen Werten spielt hier eine wesentliche Rolle, sowie seine gelebten und erlebten Emotionen, die ihn zu dem Individuum machen, das er geworden ist.

Bei den psychosozialen Bedürfnissen wird medizinisch die körperliche Verfassung des Menschen betrachtet: Ist er müde oder erschöpft, hat er Schlafprobleme oder Nebenwirkungen von Medikamenten, die einzunehmen sind? Hier spielen auch die psychologisch sozialen Aspekte eine große Rolle. Leidet der Mensch an emotionalem Stress oder Depressionen, kämpft er mit dem Verlust der sozialen Kontakte und hat er noch eine Beziehung zur Außenwelt? Auch der Informationsstand über seine eigene Krankheit bzw. Situation sowie seine soziale Unterstützung sind wichtige Aspekte im psychosozialen Bereich: Wie kann er mit seiner Krankheit oder seinem Zustand umgehen, wie gut ist er darüber aufgeklärt, wie sieht seine Prognose aus, welche Behandlungsmöglichkeiten stehen ihm zur Verfügung und mit welchen Nebenwirkungen der Behandlung sind zu rechnen? Gibt es Alternativbehandlungen und hat er Unterstützung von außen? [46]. Die psychosozialen Bedürfnisse sind demnach die sozialen Kontakte eines Menschen, die einen Einfluss auf seinen psychischen Zustand haben. Stehen beispielsweise Senioren in regem Kontakt mit ihren Familien und Freunden oder sind sie alleingelassen und einsam? Für viele Autoren bedeutet seelische Gesundheit die Befriedigung von psychosozialen Grundbedürfnissen, so auch für Sherman und Plante. Laut ihnen hat der Mensch das Bedürfnis nach körperlicher Nähe und emotionaler Offenheit, nach Bindung, Autonomie und Kontrolle, sowie das Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstwert, das Bedürfnis nach psychosexueller und beruflicher Identität, nach körperlichem Wohlbefinden und Lust, sowie nach Sinn und Spiritualität [47]. All dies sind psychosoziale Voraussetzungen für ein erfülltes und gesundes Seelenleben.

2.6. Spirituelle, psychosoziale und existentielle Bedürfnisse von Personengruppen verschiedener Kulturen, verschiedener Altersklassen in verschiedenen Not und Krankheitssituationen

Menschen mit einer begrenzten Lebenszeit setzen sich mit dem Sinn des Lebens bzw. mit dem Thema Spiritualität auseinander [28]. Je nach Krankheit, Situation und Bewältigungsmechanismus (Coping) variieren ihre Bedürfnisse. Studien belegten, dass dabei die individuelle Situation, Vergangenheit, ethisch-moralische Ansicht, die Religionszugehörigkeit und der kulturelle Hintergrund eine Rolle spielen [48]. In einer Studie mit US-amerikanischen Krebspatienten wurde hierzu aufgezeigt, dass deren primäre Bedürfnisse darin bestanden, Hilfe zu haben, um mit ihrer Angst fertig zu werden, Hoffnung, Sinn und spirituelle Ressourcen in ihrem Leben finden zu können und jemanden zu haben, mit dem sie über ihren Seelenfrieden und über das Thema „Leben nach dem Tod“ sprechen können [49]. Für französische Patienten, die an ihrem Lebensende standen, war das Bedürfnis nach einer Re-Interpretation ihres Lebens wichtig. Sie waren auf der Suche nach dem Lebenssinn und wollten mit sich selbst, der Welt und mit anderen um sie herum verbunden sein. Gleichzeitig standen sie der Zukunft ambivalent gegenüber und suchten nach einer Beziehung mit dem Transzendenten [50]. Sie hatten vielmehr existentielle Bedürfnisse. Die Bedürfnisse der Menschen sind demnach von ihrem kulturellen Hintergrund abhängig. Es gibt Sprachen, in denen beispielsweise für das Wort Hoffnung oder Schicksal mehrere Wörter existieren, zum Beispiel in der türkischen Sprache: Umut, Ümit, Kismet, Nasip, Insallah (so Gott es will). Viele Kulturen zeigen in ihrer Alltagssprache deutlich ihre fatalistische Haltung dem Leben gegenüber und benutzen oft die Begriffe „Paradies“ bzw. „Jenseits“ – beispielsweise Cennet im Türkischen. Man ist sich sicher oder erhofft es zumindest: Es gibt ein Leben nach dem Tod. Dass sich die Bedürfnisse je nach kulturellem Hintergrund verändern, zeigte eine weitere Studie aus dem Jahre 2011 mit taiwanesischen Krebspatienten, die sich im Endstadium ihrer Krankheit befanden. Diese hatten das Bedürfnis nach Hoffnung auf Überleben und nach friedvollem Gedankengut. Sie suchten nach dem Lebenssinn und nach Würde und äußerten den Wunsch nach gegenseitiger menschlicher Liebe und nach der Möglichkeit, dem Tod friedvoll begegnen zu können [51]. Auch in China wurde diesbezüglich eine Studie durchgeführt, hier standen hauptsächlich chronische Schmerzpatienten

im Mittelpunkt. Es zeigte sich, dass die Bedürfnisse nach innerem Frieden und das Bedürfnis des aktiven Lebens (Generativität) und der Generosität am höchsten, religiöse Bedürfnisse hingegen wesentlich unwichtiger waren [52]. Bei deutschen Soldaten mit posttraumatischen Belastungssymptomen konnte aufgezeigt werden, dass sie sehr nach innerem Frieden suchten und sehr hohe existenzielle Bedürfnisse hatten, beispielsweise Gespräche über die erlebten Geschehnisse [53]. Auch schwerstkranke Kinder und ihre Eltern wurden auf ihre Bedürfnisse in einer US-amerikanischen Studie untersucht. Mehr als die Hälfte der Kinder gab an, spirituelle Bedürfnisse zu haben, vor allem bezüglich ihrer Gefühlslage und in der Krankheitsbekämpfung, sowie in der Beziehung zu ihren Eltern. 60-80% der Eltern gaben an, mit den Schmerzen und Symptomen ihrer kranken Kinder nicht richtig umgehen zu können. Außerdem beklagten sie einen mangelhaften Informationsfluss über die Krankheit ihrer Kinder. Sie fragten sich auch, warum sie und ihre Kinder durch all diese Strapazen zu gehen haben, versuchten darin einen Sinn zu finden und hatten Schuldgefühle. Die unzureichende spirituelle und psychosoziale Betreuung sahen sie in drei hauptsächlichen Barrieren. Ungeeignete Personen im Seelsorger-Team, ungeeignetes Training des medizinischen Pflegepersonals, das jeweilige Bedürfnis der Patienten ausfindig zu machen und das zu späte Einbeziehen der Eltern und Kinder, um den bestehenden Bedürfnissen gerecht werden zu können. Insgesamt sollen der Studie zufolge nur 60% der sogenannten idealen spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse erfüllt worden sein [54]. Es wird deutlich, dass sich je nach Situation, Krankheit und Lebensqualität der Menschen ihre Werte verschieben [31]. Büssing und Kollegen konnten hierzu aufzeigen, dass Krebspatienten, stärkere spirituelle Bedürfnisse als chronisch Kranke hatten [55]. Diese wiederum hatten mehr das Bedürfnis nach innerem Frieden und der Weitergabe ihrer eigenen Lebenserfahrung. Existenzielle bzw. religiöse Bedürfnisse waren für sie wiederum nicht so bedeutend [42]. Eine schwedische Studie mit krebserkrankten Senioren hingegen zeigte auf, dass diese die Bekämpfung der Schmerzen als höchste Priorität ansahen und viel später ihre spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse in den Vordergrund traten [56].

2.7. Bisher bekannte spirituelle und psychosoziale Bedürfnisse von Senioren

In den späten neunziger Jahren wurde in verschiedenen Studien versucht zu eruieren, was Senioren unter den sogenannten „Bedürfnissen“ verstehen. Sie assoziierten damit Religion, Lebenssinn, Liebe, Zugehörigkeit, Moral, Sterben und den Tod [57]. Können die jeweiligen Bedürfnisse erfolgreich befriedigt werden, fühlen sich die Senioren sowohl psychisch als auch physisch besser und erleben dies als eine große Stütze auf ihrer Suche nach dem Lebenssinn an ihrem Lebensabend [58]. Senioren in Alten- und Pflegeheimen sind nicht ausschließlich sterbenskrank, sondern können auch andere progrediente, chronische Krankheiten haben [5]. Deshalb ist das Ziel, neben der kompetenten Behandlung ihrer Krankheiten durch den (Haus)-Arzt und dem Pflegepersonal, auch die richtigen ethischen Entscheidungen zu treffen und auf alle potentiell spirituellen, psychischen und psychosozialen Bedürfnisse von ihnen und ihren Familien einzugehen [59]. Häufig ist der Unterschied zwischen den psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen auch für das Alten- und Pflegeheimpersonal nicht ganz klar, vor allem wenn es um die Bedürfnisse von Senioren mit Migrationshintergrund geht, für die das aktive Praktizieren ihrer Religionsrituale wichtig ist [60]. In einer niederländischen Studie aus dem Jahre 2012 wurde versucht herauszufinden, was den Senioren in Alten- und Pflegeheimen wichtig war, damit ihnen ihre Lebensqualität erhalten werden konnte. Dabei zeigte sich, dass die Spiritualität im Leben der Senioren eine große Rolle spielte und die Bewohner eine gute Lebensqualität besaßen bzw. mit ihrem Heimleben zufrieden waren, wenn neben ihrer körperlichen Funktionalität auch ihre Würde, ihr spirituelles Wohlbefinden, sowie der Genuss (beispielsweise am Essen) gewährleistet werden konnte [61]. Eine maltesische Studie untersuchte die Bedürfnisse der dortigen Senioren und fand heraus, dass deren Mobilität ihnen behilflich ist, ihre Ängste und Depressionen in den Griff zu bekommen. Obendrein konnte dadurch ein aktiveres Leben gewährleistet werden [62].

3. Hintergrund und Ziel der Studie

3.1. Hintergrund der Studie

Während es mittlerweile zunehmend nationale und internationale Forschungsarbeiten bezüglich der spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse von Krebspatienten und chronisch Kranken gibt [63] [64], wurden diese Bedürfnisse bei deutschen Senioren bisher nur in einer Arbeit untersucht [3]. Erichsen und Büsing zeigten auf, dass Senioren aus dem Raum Schleswig Holstein ähnliche Bedürfnisse hatten wie chronisch Kranke, diese jedoch bei den Erstgenannten viel schwächer ausgeprägt waren. Ihre religiösen und existentiellen Bedürfnisse waren nicht von großer Bedeutung. Sie bedurften viel stärker innerem Frieden. Das Bedürfnis nach aktivem Leben und Generativität war ihnen am Wichtigsten. Auf der Rangliste der ausschlaggebendsten Variablen war ihnen der intensive Bezug zur Natur, durch die sie ihre persönlichen spirituellen Erfahrungen machten, am Wichtigsten. Auch der Zugang zu ihren Familien und Freunden war von sehr großer Bedeutung. Sie hatten auch das Bedürfnis ihr vergangenes Leben reflektieren zu können, aber auch jemanden aktiv zu trösten und zu sehen, dass man im Leben etwas erreicht und auch tatsächlich seine Aufgaben, die einem zugeteilt wurden, erfüllt hat. Demnach ist es angebracht, die spirituellen Bedürfnisse, die den Senioren zu mehr Lebenszufriedenheit verhelfen können, ausfindig zu machen, damit ihnen ihre verbleibende Zeit so positiv wie möglich gestaltet werden kann. Es ist auch von großer Bedeutung, die Bedürfnisse der Senioren in anderen Regionen der Bundesrepublik ausfindig zu machen, um eventuelle Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede aufzudecken und vor allem ihnen durch Sicherstellung ihres spirituellen Wohlbefindens ein optimales Heimleben gewährleisten zu können. Mit der vorliegenden Studie werden einerseits die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse der Senioren in Alten- und Pflegeheimen in Südbayern untersucht, andererseits wird auch eruiert, wie diese Bedürfnisse mit ihrer Gefühlslage, ihrem Gesundheitszustand und ihrer Haltung dem Leben gegenüber zusammenhängen. Die daraus resultierenden Ergebnisse tragen dazu bei, die entsprechenden Bedürfnisse wahrnehmbar zu machen, damit auf diese reagiert werden kann.

3.2. Ausgangssituation

Bedürfnisse treten nicht nur dann in den Vordergrund, wenn der Mensch chronisch oder unheilbar krank ist. Auch im Alter, können Bedürfnisse entweder erstmalig oder erneut auftreten bzw. stärker in den Vordergrund treten – oder ganz verschwinden. Diese Studie ist eine Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl Lebensqualität, Spiritualität und Coping der Universität Witten/Herdecke und der Professur Spiritual Care der Münchener Ludwig-Maximilians-Universität. Büssings Forschungsgruppe befragte bereits Senioren in Schleswig Holstein (Studie 1). Die vorliegende Studie befragte Senioren in Raum Bayern (aktuelle Studie 2). Deshalb wird es auch Ziel und Absicht dieser Studie sein, in der Diskussion unter Punkt 5 mögliche regionale und denominale Unterschiede beider Studien herauszuarbeiten.

3.3. Forschungsfragen

Für diese Studie ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Was sind die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse von Senioren in bayerischen Alten- und Pflegeheimen?
2. Wie hängen diese Bedürfnisse mit ihrer Stimmungslage, Lebenszufriedenheit sowie ihrer körperlichen und psychischen Verfassung zusammen?
3. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede und hat die Art der Unterbringung (Alten- vs. Pflegeheim) Einfluss auf die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse?

Die erhobenen Daten und deren Interpretation hieraus können dazu dienen, eine Grundlage zu schaffen, die aktuelle Situation in deutschen Alten- und Pflegeheimen bezüglich der spirituellen und psychosozialen Aspekte zu optimieren, indem die Bedürfnisse der Senioren rechtzeitig erkannt werden, auf die mit Hilfe von kompetent geschulten Fachkräften wie Ärzten, Psychologen, Seelsorger und Sozialarbeiter eingegangen werden kann.

4. Methoden

4.1. Auswahl und Ausschlusskriterien

Alle Interviews mit standardisierten Fragebögen wurden in insgesamt neun ausgesuchten Pflege- bzw. Altenheimen durchgeführt. Die Auswahl der ausgesuchten Institutionen richtete sich danach, ob sie bzw. ihre Bewohner sich bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen. Die entsprechenden Alten-/Pflege-Einrichtungen befanden sich in Eichstätt, Gaimersheim, Nürnberg Langwasser, München und Unterhaching. Die Seniorenheime unterstanden hauptsächlich dem Caritasverband, es wurden aber auch Bewohner in einem jüdischen Seniorenheim in München befragt. Alle Teilnehmer für die Befragungen (im Sinne eines Gelegenheits-Samplings/Stichproben) wurden im bayerischen Raum rekrutiert. In den Seniorenheimen herrschte keine strikte Trennung zwischen Alten- und Pflegeheimen, es stellte sich beim Interview heraus, ob die Bewohner je nach ihrer Pflegestufe in einem Pflegeheim untergebracht waren oder im Altenheim. Alle Bewohner der ausgewählten Heime, die sowohl schriftlich also auch telefonisch von der Professor Spiritual Care angefragt wurden, haben eine Teilnahme an der Studie befürwortet. Einschlusskriterien für die Teilnahmebedingungen an dieser Studie war neben der schriftlichen Einverständniserklärung auch das Alter. Es wurde darauf geachtet, dass die Senioren über 65 Jahre alt sind und freiwillig an der Studie teilnehmen wollen. Ausschlusskriterium war das Vorhandensein einer Demenzerkrankung bzw. schwere psychiatrische Probleme, die die Validität der erhobenen Daten beeinflussen könnten, sowie unzureichende Deutschkenntnisse oder erhebliche Verständigungsprobleme beispielsweise Schwerhörigkeit bei den Befragten. Wichtig war auch, dass zur Zeit der Befragung keine akuten und lebensbedrohlichen Krankheiten vorlagen, die das Interview zum Abbruch zwingen hätten können. Die Teilnahme war freiwillig und wurde nach Aufklärung der zu befragenden Senioren jeweils durch ihre Unterschrift bestätigt. Falls das Lesen oder Schreiben den befragten Senioren Schwierigkeiten bereitete, wurden die Fragen vorgelesen und gemäß den Angaben der Befragten ausgefüllt. In Anbetracht des sehr privaten Charakters der erfragten Themengebiete wurde es auch begrüßt, die in Frage kommenden Senioren vom Pflegepersonal zugewiesen bekommen zu können. Insgesamt

konnten 112 Senioren befragt werden. Alle Daten wurden mittels eines standardisierten und anonym auszufüllenden Fragebogens im Zeitraum vom 10. Januar 2013 bis zum 30. August 2013 in den genannten verschiedenen süddeutschen Alten- und Pflegeheimen erhoben. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Fragen möglichst spontan zu beantworten waren. Jede Frage konnte mit je einer gültigen Antwort beantwortet werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass es bei den Fragen nicht um „richtige“ oder „falsche“ Antworten ging, da jeder Mensch in seinem Leben bezüglich spiritueller und psychosozialer Bedürfnisse eigene Vorstellungen hat und die Fragen auf ganz persönliche und individuelle Weise zu bewerten sind. Zusätzliche Informationen, die im Laufe des Interviews von Seiten der Senioren erwähnt wurden und für die Datenauswertung von Bedeutung sein könnten, wurden in Stichpunkten auf den Fragebögen notiert. Für das assistierte Ausfüllen des Fragebogens standen pro Gespräch etwa 30 Minuten zur Verfügung. Diese Zeit wurde als realistisch angesehen, da nach Ablauf der 30 Minuten oftmals die Konzentration und der Enthusiasmus der Bewohner deutlich nachließen. Sehr viele der Senioren zeigten großes Interesse, an der Studie mitzumachen und der Wissenschaft dienen zu können, obwohl anfangs eine gewisse Skepsis bemerkbar war, da über private und persönliche Angelegenheiten und Themen zu sprechen war. Am Ende des Interviews gab die Mehrheit der Senioren an gerne mitgemacht zu haben. Sämtliche Daten, die im Rahmen der anonymisierten Befragung anfielen, wurden streng vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet. Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes wurden gewahrt (Fragebogen). Durch die Ethikkommission wurde der Studie die ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit zuerkannt und unter der Projektnummer 422-12 registriert.

4.2. Aufbau der Fragebögen und Messverfahren der psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen

Im Folgenden werden die verschiedenen Fragebögen und Instrumente, die in dieser Studie eingesetzt wurden, detaillierter vorgestellt. Sie befinden sich unter anderem auch im Anhang unter: 9.2

4.3. Soziodemographische Daten

Zunächst wurden allgemeine soziodemographische Daten der Befragten erhoben. Es wurde nach Alter, Geschlecht, Konfession, Familienstand und Schulabschluss gefragt. Die Art der Heimunterbringung konnte im Laufe des Gesprächs ausfindig gemacht werden. Je nach den Angaben der Senioren, ob sie auf Hilfe angewiesen, oder rüstig waren, konnten die Möglichkeiten Altenheim, Heim für betreutes Wohnen, Pflegeheim oder anderes angegeben werden.

4.4. Selbsteinschätzung der Alltagsbeeinträchtigung (VAS)

Die persönlich empfundene Alltagsbeeinträchtigung (z.B. ob die Personen generell Schmerzen haben, selbstständig gehen können oder an einer Krankheit leiden etc.), konnte von den Bewohnern auf einer visuellen Analog-Skala (VAS) von 0 bis 100 angegeben werden. Dabei entspricht 0 der Aussage „gar nicht“, 10 „gering“, 20-30 „etwas“ bzw. „mäßig“, 40-50 „mittel“, 60 „schwer“, 70-80 „sehr schwer“, während 90-100 für eine „unerträgliche“ Beeinträchtigung stand.

4.5. SpNQ Fragebogen

Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um die psychosozialen, spirituellen und existentiellen Bedürfnisse der Patienten messen zu können. (Spiritual needs Questionnaire –SpNQ) [55]. Hierzu werden 29 Items verwendet, die mit einer 4-stufigen Skalierung den Grad der Wichtigkeit des entsprechenden Bedürfnisses erfassen (gar nicht, gering, mittel, groß). Das Messinstrument erfasst 4 Hauptdimensionen spiritueller Bedürfnisse: Religiöse Bedürfnisse, existentielle Bedürfnisse, das Bedürfnis nach innerem Frieden und das nach aktivem Geben/Generativität [55] [65]. Die Skala religiöse Bedürfnisse (Cronbachs $\alpha = .92$) erfasst unter anderem das Beten alleine oder zusammen mit anderen oder für andere, sowie in heiligen Schriften lesen oder an religiösen Zeremonien teilnehmen zu wollen. Über die eigene Vergangenheit zu reflektieren, jemandem zu haben, mit dem man über den Sinn des Lebens sprechen kann, sowie ungeklärte Angelegenheiten im Leben noch klären zu wollen, oder mit jemanden über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod sprechen zu können, werden zu den existentiellen Bedürfnissen gezählt (Cronbachs $\alpha = .82$). Das Bedürfnis nach dem inneren Frieden (Cronbachs $\alpha = .82$) enthält die Variablen: Wunsch

nach einem Ort der Ruhe und des Friedens, die Suche nach innerem Frieden, das Reden über die eigenen Ängste und Sorgen, sowie die Hingabe für andere Menschen. Jemanden aktiv trösten zu können, die eigene Lebenserfahrung weitergeben zu wollen und die Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll war, gehört zu dem Bedürfnis des aktiven Gebens (Generativität) (Cronbachs $\alpha = .74$). Es wurden noch drei zusätzliche Variablen in diesem Fragebogen integriert, die durch keine der oben genannten Kategorien richtig beschrieben werden können, da sie nicht notwendigerweise einen „spirituellen“ sondern vielmehr sozialen Bezug haben, nämlich, ob das Bedürfnis besteht, von der eigenen Familie stärker in deren Lebensalltag einbezogen werden zu wollen, noch mehr Rückhalt von der eigenen Familie zu bekommen, oder von Freunden wieder zu privaten Treffen eingeladen zu werden. Es ist hierbei zu erwähnen, dass dieser Teil des Fragebogens in Eigeninitiative etwa fünf Minuten in Anspruch nehmen würde. Bei den Befragungen prolongierte jedoch das Interview, da die Befragten viel Redebedarf hatten und Details aus ihrem Leben erzählen wollten, so dass es oftmals schwierig war, sie wieder zu fokussieren. Mit einem Zeitverzug am Ende war dies aber jedes Mal noch möglich.

4.6. Religiöses Vertrauen (SpREUK)

Die Skala „religiöses Vertrauen“ ist dem SpREUK-Fragebogen entnommen [66] [67]. SpREUK ist das Akronym für „spirituelle und religiöse Einstellungen und Umgang mit Krankheit“. Der SpREUK-Fragebogen vermeidet explizit religiöse Termini wie Gott, Jesus oder Kirche, um auch für nicht religiöse Personen prinzipiell beantwortbar zu sein [68]. Die Subskala „Religiöses Vertrauen“ erfasst mit 5 Items den Grad des Vertrauens ($\alpha = .91$) in eine höhere Quelle. Folgende Items werden verwendet:

- Egal was auch passiert, ich habe Vertrauen in eine höhere Macht, die mich trägt.
- Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung in meinem Leben.
- Ich fühle mich mit einer „höheren Quelle“ verbunden.
- Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist.
- Ich empfinde mich als religiösen Menschen.

Den Grad der Zustimmung oder Ablehnung wurde von den Senioren auf einer Fünfpunkteskala (0-4) angegeben. Hierbei entsprach 0 = trifft gar nicht zu, 1 =

trifft eher nicht zu, 2= kann ich nicht sagen (weder ja noch nein), 3= trifft eher zu, 4= trifft genau zu. Die Senioren wählten die für sie aktuell zutreffendste Antwort. Falls die Probanden damit Probleme hatten, wurden sie darum gebeten, sich für die Antwort zu entscheiden, die ihnen spontan in den Sinn kam.

Bei der Auswertung der Antworten wurde mit Skalen-Durchschnittswerten gerechnet. Ergebnisse über 60% wiesen eine hohe Übereinstimmung auf (großes Vertrauen), wohingegen unter 40% wenig Übereinstimmung (geringes Vertrauen) bedeutete; Scores zwischen 40 und 60 sprechen für eine indifferente Haltung. Auch hier ist zu erwähnen, dass fast alle Senioren für die Variable „Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung im Leben“ die meiste Bedenkzeit brauchten, da sie sich unter dieser Aussage nichts Genaueres vorstellen konnten. Es war ihnen eine große Hilfe zu wissen, die Definition hierfür selbst festlegen zu dürfen.

4.7. Lebenszufriedenheit (BMLSS)

Die „Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale“ (BMLSS; $\alpha = .87$) wurde verwendet, um die generelle Lebensqualität der Senioren messen zu können [69]. Hierbei handelt es sich um eine kurze multidimensionale Lebensqualitätskala. Die verwendeten Variablen beziehen sich auf die persönliche und die das Leben im Allgemeinen betreffende Zufriedenheit, auf die soziale Zufriedenheit (Freunde, Familie), äußerliche Zufriedenheit (Arbeitssituation, Wohnumfeld), prospektive Zufriedenheit (finanzielle Situation, Zukunftsaussichten), sowie die Zufriedenheit mit der aktuellen Gesundheitssituation und mit den Fähigkeiten der Alltagsbewältigung. Da bei dieser Studie ausschließlich Senioren befragt wurden, die sich weit über dem Renteneintrittsalter befanden, wurde die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation außer Acht gelassen.

Der Grad der Zufriedenheit konnte auf einer Skala von 0 bis 6 angegeben werden. Hierbei entsprach 0 = schrecklich, 1 = unglücklich, 2 = überwiegend nicht zufrieden, 3= uneinheitlich, 4= überwiegend zufrieden, 5= zufriedenstellend und 6= sehr erfreulich. Diese Scores wurden dann auf eine 100er-Skala bezogen, um eine Vergleichbarkeit mit anderen Skalen zu erleichtern.

4.8. Die Evaluation des Lebenssinnes bei älteren Menschen (SMILE)

Für die Evaluation des Lebenssinnes bei älteren Menschen wurde der so genannte SMILE Fragebogen verwendet. SMILE steht für „Schedule for Meaning in Life Evaluation“. Dieser Fragebogen erfasst, welche individuellen Bereiche in der gegenwärtigen Situation der Senioren noch wichtig sind, ihnen Halt geben und ihrem Leben eine Bedeutung verleihen, wofür es sich lohnt weiterzuleben und durchzuhalten [70]. Hierbei war es wichtig, mindestens drei bis maximal sieben Bereiche zu nennen, die den Befragten spontan in den Sinn kamen. Die wichtige Zusatzinformation hierbei: Es ist irrelevant, wie zufrieden sie aktuell mit den genannten Bereichen sind. Die jeweiligen Bereiche wurden gemäß ihrer Wichtigkeit auf einer Skala von 0 bis 7 bewertet, wobei 0 für „nicht wichtig“ und 7 für „äußerst wichtig“ steht. Anschließend wurden die Senioren darum gebeten, die genannten Bereiche jeweils nach ihrer Zufriedenheit zu bewerten. Auch hierfür stand eine Siebenstufenskala zur Verfügung. Minus 3 bedeutet sehr unzufrieden, 0 weder noch und plus 3 sehr zufrieden. Um diese schwierige Kategorie etwas anschaulicher zu machen, ist an dieser Stelle für das bessere Verständnis ein Beispiel zu nennen: Wenn beispielsweise einer der Befragten die eigene Tochter als äußerst wichtig nannte, konnte er durchaus auf der Zufriedenheitsskala niedrige Werte angeben. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Tochter den Vater oder die Mutter viel zu selten besucht. Wichtigkeit und Zufriedenheit können und waren durchaus unabhängig voneinander zu bewerten (was teils auch geschah), um möglichst genaue Daten erhalten zu können. Dieser Teil des Fragebogens erforderte von den Senioren sehr viel Konzentration und Ehrlichkeit. Es war sehr deutlich spürbar, dass sie Schwierigkeiten hatten, sofort zu antworten. Das, was für einen mitten im Leben stehenden Menschen von großer Wichtigkeit ist, hatten sie schon lange hinter sich gelassen. Kommentar eines Befragten: „Ich habe doch keine Familie mehr, meine Freunde sind schon lange vor mir gestorben und seit über 30 Jahren bin ich bereits in Rente“. Es war den Befragten klar zu machen, dass hierbei auch die kleinen Dinge des Alltags erwähnt werden dürfen, die ihnen noch Lebenssinn und Lust bringen können.

Der Gesamtscore errechnete sich wie folgt: Der Zufriedenheitsindex verdeutlicht die durchschnittliche Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit über den individu-

ellen Lebenssinnbereich. Der Messbereich liegt hier zwischen 0 und 100 wobei höhere Werte mehr Zufriedenheit bedeuten. Um einen eindeutigen Index (von 0-100) erhalten zu können wird die Zufriedenheitsrangliste s_i nochmals nachgerechnet (s'_i).

„Sehr unzufrieden“ ($s_i = -3$) ist gleichwertig zu $s'_i = 0$ und „sehr zufrieden“ ($s_i = +3$) ist gleichwertig zu $s'_i = 100$, dazwischen befinden sich die Stufen 16,7, 33,3, 50, 66,7 und 83,3.

Der Gewichtungsindex verdeutlicht die durchschnittliche Zufriedenheit in den Lebenssinnbereichen. Der Messbereich liegt auch hier zwischen 0 und 100 wobei höhere Werte auf eine höhere Gewichtung deuten. Im Gesamt SMILE Index (Index der gewichteten Zufriedenheit) werden dann die Ränge der Wichtigkeit und Zufriedenheit miteinander kombiniert. Der Messbereich liegt auch hier zwischen 0 und 100 wobei höhere Werte einen höheren Lebenssinn reflektieren [70].

4.9. Gemütslage (ASTS)

Um die aktuelle, subjektive Gemütslage, die letztendlich auch mit der Lebenszufriedenheit und Lebensqualität zusammenhängt, objektivieren zu können, wurde die ASTS Skala („Aktuelle Stimmungslage“) angewandt. Diese Skala ist eine deutsche Kurzfassung, die sich auf McNairs „Profile of Mood States“ stützt. Die ASTS, die ein äußerst ökonomisches Instrument ist und nicht viel Zeit in Anspruch nimmt, gibt mehrere Stimmungslagen in Form von beschreibenden Adjektiven vor, die in fünf Stimmungskategorien unterteilt werden können (Cronbachs α zwischen .83 und .93). Für die Bewertung der positiven Stimmung stehen sechs Adjektive als Variablen zur Verfügung (angenehm, freudig, frohgemut, fröhlich, heiter, lustig). Sowohl Trauer (unglücklich, traurig, betrübt), als auch Hoffnungslosigkeit (hoffnungslos, entmutigt, verzweifelt) besitzen jeweils 3 Variablen und die Müdigkeit wird mit vier Variablen (abgeschlafte, müde, erschöpft, entkräftet) angegeben.

Zur Skalierung der entsprechenden Variablen wird die 7-stufige Skala verwendet. Dabei steht 1 für überhaupt nicht, 2 sehr schwach, 3 schwach, 4 etwas, 5 ziemlich, 6 stark, 7 für sehr stark.

Die ASTS erfasst den State-Anteil des subjektiven Befindens und kann bei der Bewältigung von Schicksalsschlägen und Lebensaufgaben als Hilfe dienen.

Das aktuelle subjektive Wohlbefinden kann hierbei für die individuelle Anpassungsleistung ein sinnvolles Kriterium sein. Denn gerade eine negative Differenz zwischen habituellem und aktuellem Wohlbefinden stellt eine Herausforderung an die individuelle Anpassungsleistung dar [71] An dieser Stelle der Befragung wurde deutlich, dass die Kooperationsbereitschaft der Senioren deutlich abnahm, weil sie, laut eigenen Aussagen, das Gefühl hatten, die Adjektive wiederholen sich ständig. Auch die Tatsache, dass das Interview häufig länger als 30 Minuten dauerte, machte sich negativ bemerkbar. Darüber hinaus wurden Ermüdungszustände bzw. Langeweile bei den Senioren sichtbar.

4.10. Fragen zur Heimsituation

Schließlich wurde auch eine dichotome Absolutskala mit den Antwortmöglichkeiten Ja/Nein bezüglich der Heimsituation eingesetzt. Hierbei war zu klären, ob es der eigene Wunsch der Senioren war, ins Heim zu gehen, oder ob sie von ihren Angehörigen oder durch äußere Umstände dazu gedrängt wurden, ob noch der Wunsch bestand, lieber zu Hause (mit Angehörigen) leben zu wollen und ob sie sich wohl im Heim fühlten. Des Weiteren war anzugeben, ob sie die Atmosphäre im Heim als angenehm empfanden und ob sie mit der Betreuung bzw. Pflege zufrieden waren. Außerdem wurde eruiert, ob die Anzahl des Pflegepersonals als ausreichend empfunden wurde und sie sich in ihren Bedürfnissen ernst genommen fühlten. Schließlich war auch zu beantworten, ob die Senioren an den angebotenen Aktivitäten und Freizeitangeboten teilnahmen, regelmäßigen Besuch von Verwandten oder Familie bekamen und Bekanntschaften/Freundschaften innerhalb des Heimes pflegten.

5. Ergebnisse

5.1. Datenanalyse und statistische Auswertung

Von den 127 durch die jeweiligen Heimleitungen vorgeschlagenen Bewohnern haben sich 112 für die Studie zur Verfügung gestellt, und die Fragebögen sorgfältig ausgefüllt bzw. ausfüllen lassen. Sowohl die deskriptive Statistik als auch die Varianzanalyse (ANOVA), Korrelationsanalyse (Pearson) und Regressionsanalyse wurden mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20.0) für Microsoft Windows ausgewertet. Berechnet wurde Mittelwert (mean) \pm Standardabweichung als Parameter der zentralen Tendenz und Dispersion. Als Signifikanzniveau wurde $p < .05$ gewählt. Für das Signifikanzniveau der Korrelationsanalyse hingegen wurde $p < .01$ als Signifikanzwert festgesetzt. Dies wurde gemacht, weil sehr viele Korrelationen berechnet wurden und um eine Alpha-Fehler-Inflation etwas abzuschwächen. Für die Effektstärke der Korrelationsanalyse setzten wir $r > .5$ als starke Korrelation fest. Demnach bedeutet r zwischen $.3$ und $.5$ eine moderate, r zwischen $.2$ und $.3$ eine schwache und $r < .2$ eine zu vernachlässigende Korrelation.

5.2. Deskriptive Beschreibung der Stichproben

Demographische Merkmale	%
Alter im Durchschnitt (Jahre) (SD)	83 \pm 8
Geschlecht	
Männlich	24
Weiblich	76
Familienstatus ¹	
Mit Partner lebend	10
Alleine lebend	30
Verwitwet	61
Familienzugang ²	61
Schulabschluss	
Hauptschule	69

¹ In der Summe können beim Runden Werte zwischen 99-101% entstehen.

² Senioren, die regen Kontakt zu ihren Familien pflegten. (Zusätzlich auswählbar zu den anderen Kategorien).

Demographische Merkmale	%
Realschule	10
Gymnasium	18
Andere	4
Konfession	
Christlich	92
Andere	7
Bekenntnislos	1
Art der Unterbringung	
Altenheim	51
Pflegeheim	49
Selbstversorgung	
Unabhängig	21
Weitestgehend unabhängig	50
Auf Hilfe angewiesen	30

Tabelle 1: Soziodemographische und psychometrische Daten 1

Wie aus der Tabelle 1 ersichtlich wird, waren 76% der befragten Personen weiblichen und 24% männlichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter betrug 83 Jahre. Die meisten Senioren waren Christen und hauptsächlich katholisch. Die meisten Teilnehmer waren verwitwet oder lebten alleine, hatten aber noch Zugang zu ihren Familien, d.h. sie bekamen noch regen Besuch von ihren Angehörigen und hatten noch ein gutes Verhältnis zu ihnen. 51% von ihnen lebten im Alten- und 49% in Pflegeheimen. Bezüglich ihrer Selbstversorgung wurde nach Tätigkeiten gefragt, die sie noch selbstständig ausführen konnten. Diese waren: Eigenständiges Waschen, Anziehen und Fortbewegen. 21% der Senioren gaben dabei an, dass sie diesbezüglich absolut unabhängig waren, 51% nur zum Teil selbstständig seien und 30% der Senioren gänzlich auf Hilfe von außen angewiesen waren. Das religiöse Vertrauen wurde mit dem SpREUK Fragebogen, die Alltagsbeeinträchtigung mit der VAS Skala gemessen. Für die Lebenszufriedenheit wurde der BMLSS und für den Lebenssinn der SMILE Fragebogen benutzt.

Religiöses Vertrauen (SpREUK, \bar{x} \pm SD, Messbereich 0-100)	68 \pm 23
Alltagsbeeinträchtigung (VAS, \bar{x} \pm SD; Messbereich 0-100)	53 \pm 27
Lebenszufriedenheit (BMLSS, \bar{x} \pm SD; Messbereich 0-100)	67 \pm 13
Lebenssinn (SMILE; \bar{x} \pm SD; Messbereich 0-100)	72 \pm 19

Tabelle 2: Soziodemographische und psychometrische Daten 2

Auch wenn 92% nominell eine christliche Religionszugehörigkeit hatten, fand sich für ihr „religiöses Vertrauen“ (SpREUK) bei relativ hohen Scores, die für ein positives „religiöses Vertrauen“ sprechen, eine recht deutliche Varianz. Die selbsteingeschätzte Alltagsbeeinträchtigung mittels VAS zeigte sich in den Ergebnissen mit 53 ± 27 moderat, was dafür spricht, dass sich die Befragten in ihrem Alltag mäßig beeinträchtigt fühlten. Hierbei ist eine relativ hohe Standardabweichung erkennbar. Der Einsatz solcher Analogskalen birgt ein gewisses Risiko an Verzerrungen. Die Ergebnisse sind oft schwer objektivierbar. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die eingesetzten Skalen als valide und verlässlich gelten [72]. Die Lebenszufriedenheit und der Lebenssinn wurden mittels BMLSS und SMILE ausgewertet. Hierbei lagen die Ergebnisse im oberen Bereich, was bedeutet, dass die Befragten überwiegend zufrieden mit ihrem Leben waren (Tabelle 2).

5.3. Ranking der spezifischen spirituellen Bedürfnisse (SpNQ) (Einzelitems)

	Mittelwert und SD	Zuordnung zur Bedürfniskategorie
Selber beten	2.25-0.99	(RN)
Das vergangene Leben reflektieren	2.01-1.06	(EN)
An einer religiösen Zeremonie teilnehmen	2.00-1.19	(RN)
Sich an eine höhere Präsenz wenden	1.89-1.20	(RN)
In die Schönheit der Natur eintauchen	1.83-1.20	(IP)
Wunsch, dass andere für einen beten	1.42-1.14	(RN)
Wieder vollständig und hell sein zu können	1.34-1.35	(-)
Jemandem Trost spenden wollen	1.20-1.02	(GG)
Sich jemandem liebevoll zuwenden zu können	1.13-1.04	(IP)
Ihre Lebenserfahrung weitergeben zu können	1.06-1.01	(GG)

Tabelle 3: (Auswahl an Items) Die stärksten Bedürfnisse der bayerischen Senioren Messbereich (1-3)

RN=Religiöse Bedürfnisse; EN=Existenzielle Bedürfnisse

IP=Bedürfnis nach innerem Frieden; GG=Bedürfnis nach Geben/Generativität

Die spezifischen spirituellen Bedürfnisse zeigen eine große Bandbreite bezüglich ihrer Ausprägung (Tabelle 3). Das stärkste Bedürfnis für bayerische Senioren war das eigene Beten, gefolgt von dem Bedürfnis, das Leben zu reflektieren. An dritter Stelle äußerten die Senioren den Wunsch, an religiösen Zeremonien (z.B. an Gottesdiensten) teilzunehmen, gefolgt von dem Bedürfnis, sich an eine höhere Macht wenden zu können. In die Schönheit der Natur einzutauchen zu können, wurde an fünfter Stelle genannt. Es gab auch einige wenige Variablen, die zu keinem der Bedürfnisse eingeordnet werden konnten, so dass die zugehörige Klammer nicht weiter definiert wurde. Weitere wichtige Bedürfnisse können aus der Tabelle 3 entnommen werden. Eine vollständige Übersicht der Bewertung aller Bedürfnisse ist am Ende der Arbeit aufgelistet (siehe Anhang).

5.4. Aussagen der sozio-demographischen Variablen über die spezifischen spirituellen Bedürfnisse

Genau betrachtet erzielten die religiösen Bedürfnisse die höchsten Ergebnisse unter den entsprechenden Faktoren der spirituellen Bedürfnisse. Die anderen Bedürfnisse lagen in etwa auf derselben Höhe und hatten niedrigere Bedeutung für die Befragten, siehe Tabelle 4.

		Religiöse Bedürfnisse	Existentielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach Inneren Frieden	Bedürfnis nach Geben / Generativität
Alle	Durchschnitt	1.57	0.89	0.83	0.90
	SD	0.79	0.57	0.50	0.57
Geschlecht					
<i>Weiblich</i>	Durchschnitt	1.63	0.92	0.84	0.91
	SD	0.72	0.53	0.47	0.59
<i>Männlich</i>	Durchschnitt	1.41	0.81	0.79	0.89
	SD	0.97	0.69	0.58	0.53
F-Wert		1.6	0.7	0.2	0.0
p-Wert		n.s	n.s	n.s	n.s
Familienzugang					
<i>Ja</i>	Durchschnitt	1.36	0.97	0.85	0.91

		Religiöse Bedürfnisse	Existentielle Bedürfnisse	Bedürfnisse nach Inneren Frieden	Bedürfnis nach Geben / Generativität
	schnitt				
	SD	0.60	0.54	0.48	0.56
<i>Nein</i>	Durchschnitt	1.91	0.77	0.81	0.89
	SD	0.92	0.60	0.54	0.60
F-Wert		14.3	3.3	0.2	0.0
p-Wert		<.0001	.072	n.s	n.s
Art der Unterbringung					
<i>Altenheim</i>	Durchschnitt	1.79	0.77	0.73	0.85
	SD	0.84	0.54	0.42	0.55
<i>Pflegeheim</i>	Durchschnitt	1.35	1.01	0.94	0.96
	SD	0.67	0.58	0.55	0.60
F-Wert		9.3	5.0	5.3	0.9
p-Wert		.003	.027	.023	n.s
Selbstversorgung					
<i>Nur mit Hilfe</i>	Durchschnitt	1.42	0.99	0.90	0.91
	SD	0.73	0.51	0.56	0.71
<i>Weitgehend unabhängig</i>	Durchschnitt	1.61	0.88	0.80	0.89
	SD	0.78	0.59	0.50	0.52
<i>Unabhängig</i>	Durchschnitt	1.72	0.77	0.80	0.94
	SD	0.88	0.61	0.42	0.48
F-Wert		1.1	1.1	0.4	0.1
p-Wert		n.s	n.s	n.s	n.s

Tabelle 4: Durchschnittswerte der Ergebnisse der spirituellen Bedürfnisse

Die Ergebnisse sind Durchschnittsstandardabweichungen \pm (SD) der entsprechenden Skalen des SpNQ (Messbereich 0-3). Als Signifikanzniveau wurde $p < .05$ festgesetzt. Statistische Trends in Richtung Signifikanzwerte wurden auch angegeben ($.5 < p < 1.1$)

Unter den Geschlechtern gab es keinen signifikanten Unterschied bezüglich der spirituellen Bedürfnisse der Senioren. Auch Alter und Schulabschluss hatten keinen Einfluss auf die entsprechenden Bedürfnisse.

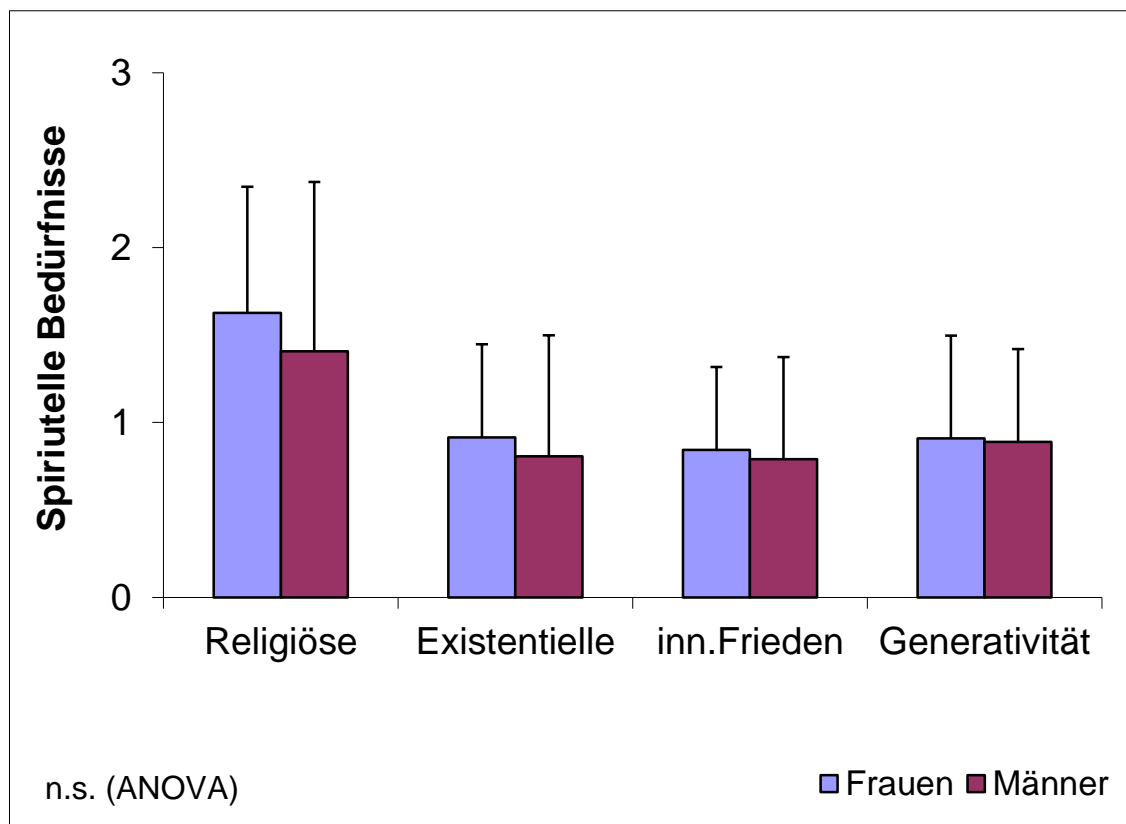


Abbildung 1: Spirituelle Bedürfnisse nach Geschlecht

Diejenigen, die mit ihrem Partner zusammenwohnten, aber auch die verwitweten Senioren hatten deutlich niedrigere religiöse Bedürfnisse als jene, die alleine lebten. Die anderen Kategorien unterschieden sich nicht signifikant bezüglich des Familienstatus. Es fiel auf, dass Senioren, die noch regelmäßigen Zugang zu ihren Familien hatten, geringere religiöse Bedürfnisse hatten als Senioren ohne diesen Zugang. Für die existenziellen Bedürfnisse zeigten sich nur leichte Unterschiede, für die Bedürfnisse nach innerem Frieden und aktiven Geben/Generativität jedoch keine signifikanten. Bei den befragten Senioren mit regem Familienkontakt war auffällig, dass sie signifikant geringere religiöse Bedürfnisse äußerten.

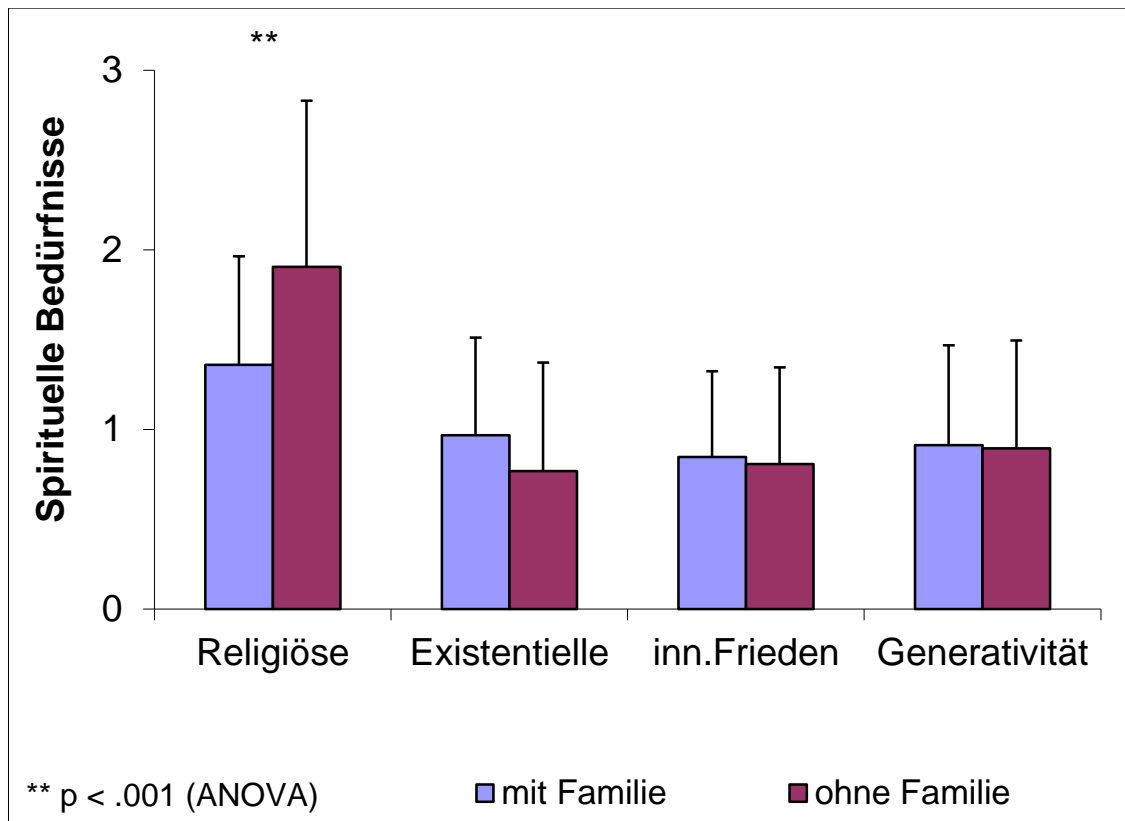


Abbildung 2: Spirituelle Bedürfnisse und Familienzugang

Bezüglich der Alltagsbeeinträchtigung der Patienten gab es keine Stärkenunterschiede in den unerfüllten Bedürfnissen, wohl aber einen signifikanten Unterschied bei den unterschiedlichen Einrichtungen. Senioren, die in Pflegeheimen untergebracht waren, hatten signifikant geringer ausgeprägte religiöse, aber stärkere existentielle Bedürfnisse sowie Verlangen nach innerem Frieden.

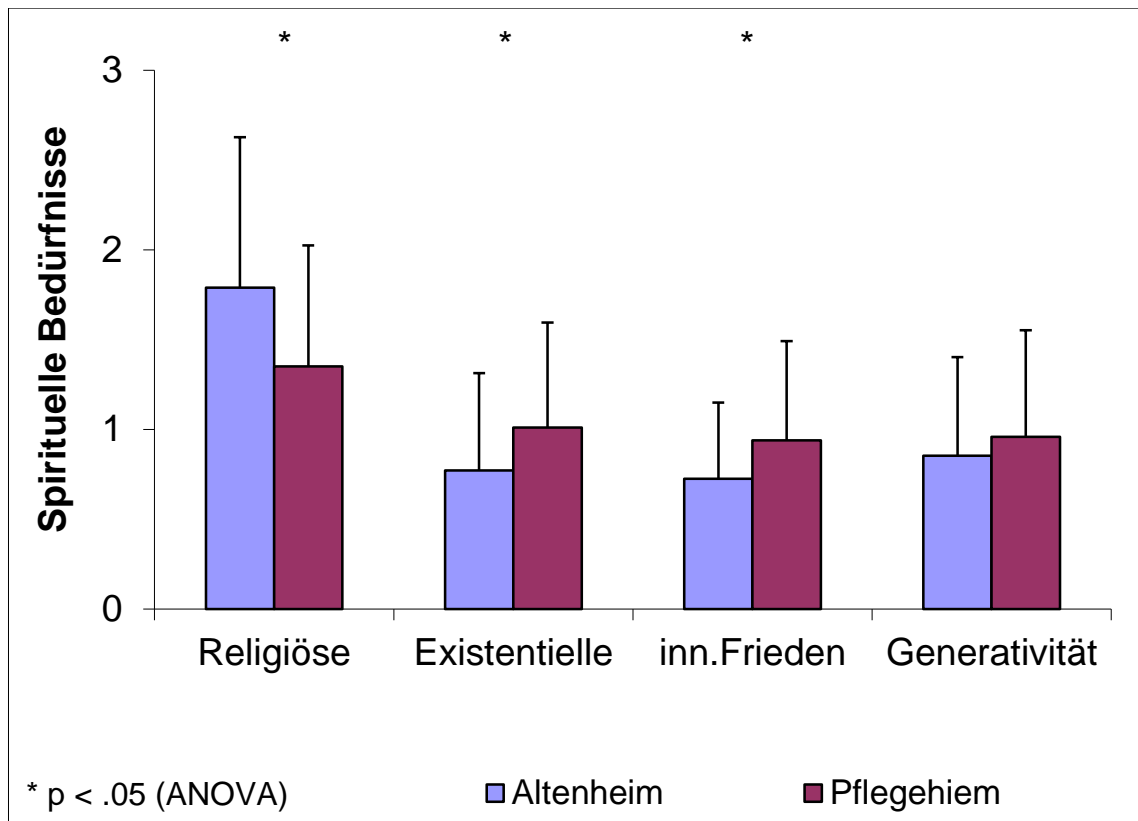


Abbildung 3: Spirituelle Bedürfnisse und Art der Unterbringung

Diese Ergebnisse unterscheiden sich deutlich von der Studie, die bei Senioren in Schleswig Holstein durchgeführt wurde. Die Ergebnisse und der Vergleich hierzu werden in der Diskussion im Detail besprochen (siehe Kapitel 6.2). Auch wenn sich hinsichtlich der Fähigkeit zur Selbstversorgung keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug zu den untersuchten spirituellen Bedürfnissen zeigten, ist doch erwähnenswert, dass die religiösen Bedürfnisse hier einen Zusammenhang mit dem Grad der Unabhängigkeit aufwiesen, wobei die Senioren, die nur mit Hilfe anderer den Alltag bewältigen konnten, die niedrigsten religiösen Bedürfnisse hatten.

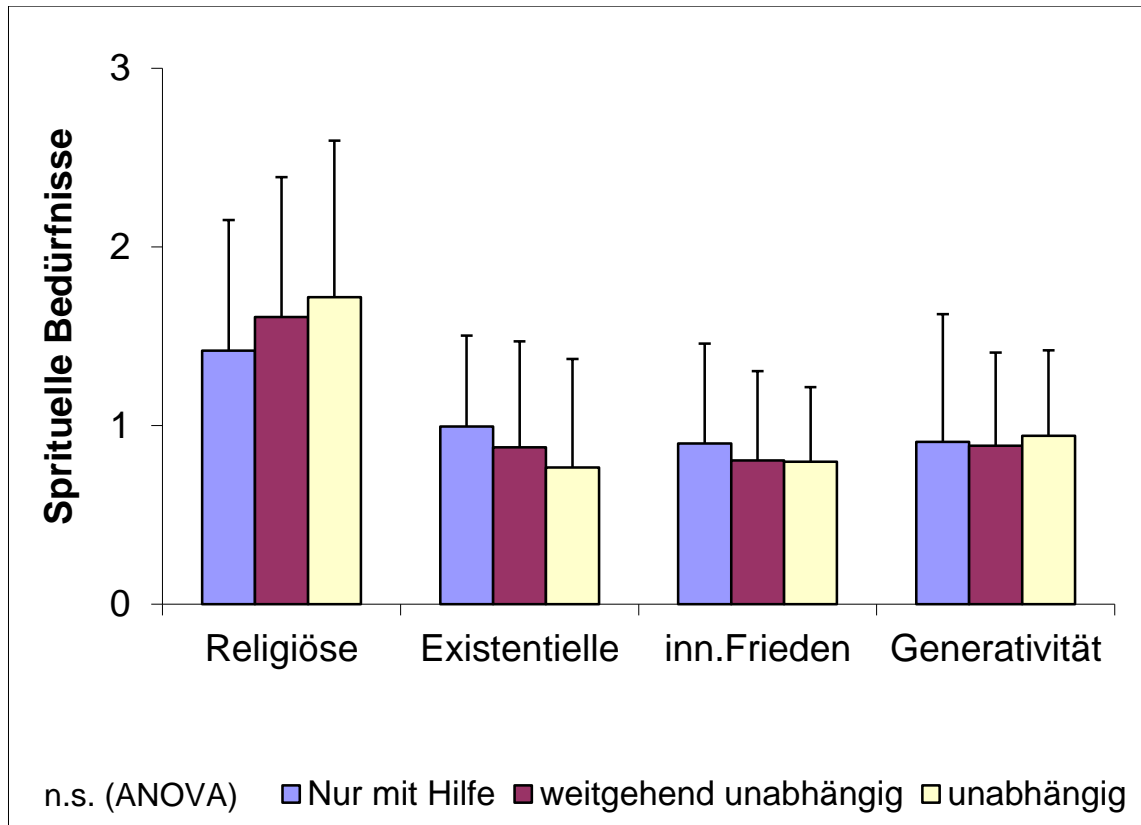


Abbildung 4: Spirituelle Bedürfnisse und Selbstversorgung

5.5. Die Korrelation zwischen spirituellen Bedürfnissen und der mit Lebensqualität bzw. Lebenszufriedenheit assoziierten Variablen

Um den Zusammenhang der spirituellen Bedürfnisse mit anderen Variablen ausfindig zu machen, wurden Korrelationsanalysen nach Pearson durchgeführt. Das Signifikanzniveau ist hierbei $p < 0.01$, also kleiner als vorher, da statistisch gesehen die Wahrscheinlichkeit ein signifikantes Ergebnis zu finden steigen würde, je mehr Berechnungen gemacht werden.

	Religiöse Bedürfnisse	Existentielle Bedürfnisse	Bedürfnis nach innerem Frieden	Bedürfnis nach Geben/Generativität
Spiritual Needs (SpNQ)				
Religiöse Bedürfnisse	1.000	-.052	-.040	.007
Existentielle Bedürfnisse		1.000	.303**	.247**
Bedürfnis nach innerem Frieden			1.000	.155

	Religiöse Bedürfnisse	Existentielle Bedürfnisse	Bedürfnis nach innerem Frieden	Bedürfnis nach Ge- ben/Generativität
Bedürfnis nach Ge- ben/Generativität				1.000
Religiöses Vertrauen	.604**	.063	-.161	.153
Lebenszufriedenheit				
BMLSS Score	.148	-.350**	-.243**	-.146
SMILE Score	.292**	-.160	.102	.034
Alltagsbeeinträchti- gung (VAS)	-.209	.266**	.121	-.023
Stimmungslage (ASTS)				
Positive Stimmung	.085	-.003	-.080	-.007
Trauer	-.153	.310**	.327**	.029
Hoffnungslosigkeit	.022	.246**	.267**	.042
Müdigkeit	.075	.101	.025	.075

Tabelle 5: Korrelation zwischen spirituellen Bedürfnissen, Lebensqualität/Lebenszufriedenheit und Stimmungslagen

Abkürzungen: ASTS-aktuelle Stimmungslage; BMLSS-Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale; SMILE-Schedule for Meaning in Life Evaluation

SpNQ-Spiritual needs Questionnaire, SpREUK-Spirituelle/Religiöse Einstellungen und Umgang mit Krankheit. VAS-Visuelle Analog Skala

** p < 0.01 (Pearson)

Religiöse Bedürfnisse im Sinne von in heiligen Schriften lesen, an Gottesdiensten teilnehmen oder Gespräche mit Geistlichen zu pflegen waren hierbei nicht signifikant mit den anderen Bedürfnissen assoziiert. Lediglich die existentiellen Bedürfnisse wie zum Beispiel stärker mit der Natur verbunden zu sein oder sich mit anderen Menschen wieder zu versöhnen standen moderat im Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach inneren Frieden und schwach mit dem Bedürfnis nach Geben/Generativität (Tabelle 5). Die subjektiv empfundene Alltagsbeeinträchtigung war schwach positiv nur mit den existentiellen Bedürfnissen der Senioren assoziiert. Die mit dem BMLSS gemessene Lebenszufriedenheit war moderat negativ mit den existentiellen Bedürfnissen assoziiert und schwach negativ mit dem Bedürfnis nach innerem Frieden. Im Gegensatz hierzu stand die mit dem SMILE gemessene Lebenszufriedenheit. Diese korrelierte schwach positiv nur mit den religiösen Bedürfnissen der Senioren. Laut dieser Skala ge-

hen religiöse Bedürfnisse mehr mit einer höheren Lebenszufriedenheit einher. Laut der BMLSS Skala nicht, was dafür spricht, dass der Zusammenhang nicht sehr eng ist. In Bezug auf die positive Gestimmtheit und die Müdigkeit fand sich kein signifikanter Unterschied auf die entsprechenden spirituellen Bedürfnisse. Trauer war jedoch moderat mit existentiellen Bedürfnissen und dem Bedürfnis nach innerem Frieden assoziiert, während die Hoffnungslosigkeit nur schwach mit den beiden letztgenannten Bedürfnissen korreliert (Tabelle 5).

5.6. Prädiktoren für spirituelle Bedürfnisse

Es wurden systematisch mehrere Variablen untersucht, die einen Einfluss auf die spirituellen Bedürfnisse haben könnten. Deshalb wurden hierfür Regressionsanalysen aufgestellt, um die aussagekräftigsten Variablen ausfindig machen zu können (Tabelle 5). Hierbei wird versucht eine Kriteriumsvariable durch eine oder mehrere Prädiktoren vorherzusagen. Bei multiplen Regressionen besteht hierbei immer ein gewisses Problem, wenn die verschiedenen Variablen, die einen Prädiktor darstellen, untereinander sehr stark korrelieren. Man spricht hierbei von Kollinearität. Der Variance Inflation Faktor (VIF) gibt deshalb Aufschluss darüber, in welchem Maße eine Kollinearität besteht. Der kritische Wert von 10 wurde dabei berücksichtigt. Hohe Werte entsprechen hoher Kollinearität. In allen Analysen, die in dieser Studie durchgeführt wurden, war der VIF unter 2, was eine niedrige Kollinearität bedeutet und dass die Ergebnisse nicht durch Kollinearität verfälscht werden, was wiederum für valide Ergebnisse in den Regressionsanalysen spricht. In der Tabelle 5 sind die Variablen aufgelistet, die als die aussagekräftigsten betrachtet wurden. Hierzu gehört u.a. Trauer, Enttäuschung, Lebenszufriedenheit, Lebenssinn, Alltagsbeeinträchtigung, religiöses Vertrauen, Familienzugang und Wohneinrichtung.

Abhängige Variable: (konstant):	Religiöse Bedürfnisse ($R^2=0.52$)	Beta	T	P
Abhängige Variable: (konstant):	Religiöse Bedürfnisse ($R^2=0.52$)		-.286	.776
Vertrauen		.621	8.526	.000
Lebenszufriedenheit		-.018	-.196	.845
Lebenssinn		.189	2.541	.013
Alltagsbeeinträchtigung		-.027	-.303	.763

Trauer		.082	.885	.378
Enttäuschung		.072	.831	.408
Familienzugang		.106	1.409	.162
Pflegeheim		-.146	-1.794	.076
<i>Abhängige Variable: (konstant)</i>	Existentielle Bedürfnisse ($R^2=.19$)		1.675	.097
Vertrauen		.247	2.578	.011
Lebenszufriedenheit		-.234	-1.893	.061
Lebenssinn		-.045	-.458	.648
Alltagsbeeinträchtigung		.015	.130	.897
Trauer		.104	.853	.396
Enttäuschung		.039	.344	.731
Familienzugang		-.125	-1.276	.205
Pflegeheim		.097	.905	.368
<i>Abhängige Variable (konstant)</i>	Bedürfnis nach innerem Frieden ($R^2=.19$)		.250	.803
Vertrauen		-.078	-.819	.415
Lebenszufriedenheit		-.113	-.912	.364
Lebenssinn		.166	1.697	.093
Alltagsbeeinträchtigung		-.071	-.596	.553
Trauer		.265	2.175	.032
Enttäuschung		.051	.443	.659
Familienzugang		.082	.830	.408
Pflegeheim		.190	1.773	.079
<i>Abhängige Variable (konstant)</i>	Bedürfnis nach Geben/Generativität		1.324	.188
Vertrauen		.150	1.470	.145
Lebenszufriedenheit		-.172	-1.470	.145
Lebenssinn		-.004	-.043	.966
Alltagsbeeinträchtigung		-.187	-1.485	.140
Trauer		-.003	-.021	.983
Enttäuschung		.172	1.411	.161

Familienzugang		-.024	-.226	.822
Pflegeheim		.131	1.153	.252

Tabelle 6: Regressionsanalyse mit den spirituellen Bedürfnissen als abhängige Variable

In dieser Studie konnten religiöse Bedürfnisse am besten ($R^2 = .53$) mit religiösem Vertrauen, sowie mit dem Grad der Zufriedenheit des Lebenssinns und dem Umstand in einem Alten- und nicht in einem Pflegeheim zu sein, erklärt werden. Bei der Regressionsanalyse aber konnte für das Pflegeheim keine Signifikanz gefunden werden. Auch die existentiellen Bedürfnisse konnten trotz eines geringen Einflusses ($R^2 = .19$) am besten mit religiösem Vertrauen und mit geringer Lebenszufriedenheit erklärt werden. Das Bedürfnis nach innerem Frieden konnte ebenso mit einem geringem Einfluss ($R^2 = .19$) am besten mit Trauer erklärt werden. Eine weitere Erklärung ist, dass die Senioren sich in einem Pflegeheim und nicht in einem Altenheim befanden. Auch die Variable „Lebenssinn“ beeinflusste das Bedürfnis nach innerem Frieden. Bezüglich der Bedürfnisse des aktiven Gebens/Generativität konnte mit keinem der Variablen eine signifikante Vorhersage gemacht werden. Sieht man sich diese Ergebnisse an, können die jeweiligen spirituellen Bedürfnisse am besten mit religiösem Vertrauen und negativer Stimmungslage erklärt werden.

5.7. Die Zufriedenheit mit der Heimsituation

Bei den Befragungen konnten wir feststellen, dass ca. 52% der Senioren selbst den Wunsch hatten, ins Heim zu gehen, da sie in ihrem jetzigen Zustand zu Hause nicht mehr ohne Hilfe zurechtkommen könnten. Hierbei handelte es sich hauptsächlich um solche Bewohner, die bereits verwitwet oder alleinstehend waren. Dennoch würde die Hälfte der Bewohner lieber im eigenen Haus leben wollen, auch wenn ihnen klar war, dass es auf Grund der gesundheitlichen Defizite nicht mehr möglich wäre. Von den Bewohnern mit Partner wünschten sich 72%, wieder zu Hause sein zu dürfen, aber wollten dem Partner nicht zur Last fallen, so dass sie ihre Situation akzeptieren. 83% der Senioren fühlten sich in ihrer Einrichtung wohl. Lediglich 6%, ausschließlich Frauen, fühlten sich unwohl in ihrem Umfeld. Von den Befragten ohne Familienanschluss fühlten sich 90% in ihrer Einrichtung wohl. Die ca. restlichen 9% fühlten sich mittelmäßig wohl.

Diese Ergebnisse zeigen auch die Stimmigkeit mit den Ergebnissen bezüglich der Heimatmosphäre. 80% empfanden die Atmosphäre im Heim als angenehm, ca. 12,5% als mittelmäßig und lediglich 7% als unangenehm. 13,4% der Senioren waren mit der Pflege in ihrer Einrichtungen nicht zufrieden. Dennoch fühlen sich 89% der Senioren in ihren Bedürfnissen ernst genommen. Immerhin nahmen 66% der Bewohner an den angebotenen Heimaktivitäten wie Singen, kreatives Gestalten und Gymnastik teil. Die Männer beteiligen sich jedoch weniger daran. 59% bekamen noch regen Familienbesuch. 58% der Senioren pflegten keine sozialen Kontakte im Sinne von Bekanntschaften und Freundschaften innerhalb des Heimes.

6. Diskussion

6.1. Interpretationen der Bedürfnisse

Für diese Studie wurden in Bayern lebende Senioren befragt. Die meisten von ihnen hatten einen katholischen Hintergrund und lebten ihren Glauben aktiv aus. Bei den Befragungen zeigte sich, dass die Senioren mit dem Begriff Spiritualität zunächst Schwierigkeiten hatten. Dies verdeutlicht auch, dass in unserer westlichen Welt, die sehr säkular orientiert ist, die Spiritualität häufig nicht als etwas Transzendentes verstanden wird sondern viel mehr mit Esoterik in Verbindung gebracht wird. Für viele Menschen ist der Begriff Spiritualität immer noch ein Fremdwort, da sie sich nichts konkretes darunter vorstellen können [12]. Einzelne Senioren, hauptsächlich Männer, antworteten auf die Frage ob sie an ein Leben nach dem Tod glauben, nüchtern und sachlich: „Nein, wenn man stirbt, ist alles vorbei und man liegt unter der Erde“ (Zitat eines Heimbewohners). Die meisten Bewohner wollten sich jedoch bewusst nicht von den speziellen Termini wie Religion, Gott oder Kirche distanzieren. Sie erwähnten, dass in schwierigen Zeiten, beispielsweise im Krieg, der Glaube ihnen Kraft und Durchhaltevermögen gegeben habe. Aus bestimmten Glaubensquellen kann man in Zeiten von Kummer und Leid stets Kraft schöpfen [73]. Sie waren überzeugt, dass alles Gute und Schlechte in ihrem Leben einen Sinn habe und nicht ohne Grund geschehe. Ihr Leid bzw. ihre Isolation wurde nicht als Strafe Gottes empfunden, sondern als eine Aufgabe gesehen, die sie zu bewältigen haben, im Sinne einer „göttlichen Prüfung“. Wie aus den Ergebnissen hervorging, äußerten die bayerischen Senioren am stärksten religiöse Bedürfnisse. Das Bedürfnis, selbst zu beten, war der Faktor, der am stärksten ausgeprägt war. Die befragten männlichen Senioren, die in jungen Jahren keinen intensiven Bezug zu Gott, Religion oder Spiritualität hatten, haben das Beten wieder für sich entdeckt. Das Beten als eine Meditationsform ist seit langem bekannt. Noch vor Zeiten Luthers und viel früher wurde mit Hilfe von Gebeten meditiert [74]. Das Beten an sich ist eine uralte Form auf der Suche nach Heilung und Rettung. Aus zeitlichen und finanziellen Faktoren ist dies jedoch schwierig als festen Bestandteil in unser aktuelles Gesundheitssystem zu integrieren [75]. Diesbezüglich wurde bereits im Jahre 2000 eine Studie in den USA durchgeführt, bei der

aufgezeigt werden konnte, dass 82% der US-Amerikaner davon überzeugt sind, dass Gebete schwere Krankheiten heilen können. 73% von Ihnen glaubten auch, dass das Beten für andere auch die Krankheiten anderer heilen kann [75]. Das Beten als Ritual verstanden die befragten Senioren als Kommunikation zu Gott. Sie wurden auch gefragt, ob sie das Bedürfnis hätten, für andere zu beten. Dieses Bedürfnis stand an sechster Stelle der Bedürfnisrangliste. Dass die Senioren am meisten religiöse Bedürfnisse äußerten, bedeutet nicht, dass sie nicht spirituell sind. Laut Studien ist ein religiöser Mensch durchaus auch spirituell, da Spiritualität bei genauem Betrachten in jedem und allem zu finden ist [76]. Die Senioren definierten ihre eigene Spiritualität genauer mit ihrer Religion. In einem der verabschiedeten Papiere des zweiten Vatikanischen Konzils ist folgendes festgehalten: „Die Menschen erwarten von den verschiedenen Religionen Antwort auf die ungelösten Rätsel des menschlichen Daseins, die heute wie von jeher die Herzen der Menschen im Tiefsten bewegen: Was ist jenes und unsagbares Geheimnis unserer Existenz, aus dem wir kommen und wohin wir gehen?“ [77] Sie wünschten sich an Gottesdiensten teilzunehmen und äußerten das Bedürfnis, sich an eine höhere Macht wenden zu können. Dies verdeutlicht, dass ihnen der Sinn der Gemeinschaft noch wichtig ist. Sofern gesundheitlich noch möglich, ist den Senioren der Gang zur Kirche oder Kapelle, als alltägliches Ritual wichtig. Durch die Gottesdienste versuchten die Senioren, einen Kontakt mit dem Transzendenten herzustellen. Viele von ihnen gingen in ihrer Kindheit mit ihren Eltern sonntags in die Kirche, so dass hier wieder die Erinnerungen an alte Zeiten und Traditionen wach werden. Im Jenseits erwartet sie, nach ihrer Vorstellung, ihr gütiger Gott, gemäß Jesaja Vers 46:4: „Ja, ich will euch tragen bis ins Alter und bis ihr grau werdet. Ich will es tun, ich will heben und tragen und erretten“ [78]. Dieses vermeintliche „Versprechen“ kann angstlindernde Effekte auf die Senioren haben und gegen Altersdepressionen helfen [79]. Der stetige Abbau, die Ungewissheit, ob das Ende gekommen ist und vor allem die Angst vor dem Tod sind die wichtigsten Faktoren, die den Menschen erheblich belasten [80].

Trotz ihres Glaubens hatten die bayerischen Senioren weniger das Bedürfnis, dass sie jemand aus ihrer Gemeinde besucht oder sich um sie kümmert. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sie zu Genüge von Seelsorgern besucht werden, da vor allem in bayerischen Alten- und Pflegeheimen viele Seelsorger zur

Verfügung stehen [81]. Diese Einschätzung bestätigte auch Frank Landkammer im Jahre 2011 [82]. Vor allem in Senioren, die in Pflegeheimen untergebracht waren, hatten signifikant geringer ausgeprägte religiöse, aber stärkere existentielle Bedürfnisse sowie Verlangen nach innerem Frieden. Das kann daran liegen, dass Senioren in Pflegeheimen multimorbider sind als Bewohner in Altenheimen, so dass sie es als viel wichtiger sehen mehr mit sich und der Umwelt im Reinen zu sein, als religiöse Rituale durchzuführen, die sie vielleicht auch schon zu Genüge in ihrer Vergangenheit in Gemeinschaft ausübten. Vielleicht haben sie am Ende ihrer Lebzeiten auch nicht mehr das Bedürfnis danach sondern haben mit dem Kapitel Ritual und Gottesfurcht bereits abgeschlossen oder sehen dies als selbstverständlich an und möchten vielmehr mit dem Fassbaren in ihrem Leben, sprich Familie, Freunde und Natur innigen und harmonischen Kontakt pflegen.

Die Tatsache, dass die Senioren an zweiter Stelle bereits existentielle Bedürfnisse hatten und dabei den Wunsch äußerten, ihr vergangenes Leben reflektieren zu wollen, macht deutlich, dass sie wieder einen stärkeren Bezug zu sich und ihrem Leben aufnehmen möchten. Die Reflexion über ihre eigene Vergangenheit gibt ihnen das Gefühl, dass ihr Leben sinn- und wertvoll gewesen ist.

Robert Neil Butler, einer der führenden Gerontologen in den USA, der im Alter von 83 verstarb, befasste sich sehr intensiv über die Art von Lebensrückschau bei älteren Menschen. Er war davon überzeugt, dass das Bedürfnis nach der Selbstreflexion mit zunehmendem Alter stärker wird. Die Senioren versuchen, dadurch ihrem Leben einen Sinn zu geben. Die Reflektion über ihre Vergangenheit gibt ihnen persönliche Sicherheit und Selbstvertrauen. Solch eine intensive Auseinandersetzung mit dem vergangenen Leben hilft ihnen dabei besser, mit den Problemen des Älterwerdens fertig zu werden [83]. Laut Borg ist nicht nur dem körperlichen Abbau der Senioren Achtung zu schenken [84]. Es ist wichtig auch den psychosozialen, emotionalen und persönlichen Problemen mehr Achtung zu schenken [85]. Negative Stimmung und geringes Selbstwertgefühl gingen mit existentiellen Bedürfnissen einher, was man darauf zurückführen könnte, dass es nicht unbedingt die religiösen Bedürfnisse sind, die mit höherer Lebenszufriedenheit assoziiert sind, sondern dass Menschen mit mehr religiösen Bedürfnissen auch einfach religiöser sind und dass religiöse Menschen im Alter glücklicher sind. Es kann auch sein, dass religiöse Bedürfnisse

im Gegensatz zu existentiellen Bedürfnissen und dem Bedürfnis nach innerem Frieden relativ einfach zu befriedigen sind. Daher vielleicht auch der Richtungsunterschied in der Korrelation. Im Jahre 2008 wurde in sechs verschiedenen europäischen Städten eine Studie mit 65 bis 89-jährigen Senioren durchgeführt. Hierbei wurde festgestellt, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen Lebensqualität und den Faktoren wie Gesundheit, Selbstwertgefühl und schlechter Stimmungslage besteht [84].

Das bedeutet, je unzufriedener und trauriger die Senioren sind, umso mehr existentielle Bedürfnisse und Bedürfnisse nach innerem Frieden haben sie. Die Wirkrichtung kann aber auch andersherum sein. Eventuell sind die Senioren, die mehr Bedürfnisse haben, diese aber nicht erfüllt bekommen, in der Folge dann trauriger. Vielleicht kann man diese Ergebnisse auch so interpretieren, dass jene, die keine spirituellen Bedürfnisse haben, entweder mit allem bereits zufrieden sind, oder aber es schon längst aufgegeben haben, weiter zu hoffen oder zu wünschen. Ob das tatsächlich der Fall ist, wird die Aufgabe weiterer Forschungsarbeiten sein. Insofern kann hier die obengenannte Studie aus dem Jahre 2008 auch z.T. bestätigt werden, dass nämlich Trauer und Hoffnungslosigkeit die Lebensqualität in der Tat beeinträchtigen.

An dritter Stelle nannten die Senioren das Bedürfnis nach innerem Frieden. Der Wunsch, wieder stärker mit der Natur verbunden zu sein, zeigt eine pantheistische Seite der Senioren. Der Pantheismus ist die Idee Gott überall, in der Natur, im Kosmos, im ganzen Universum, zu begegnen. Die Natur ist etwas Beständiges, sie ist schon immer da gewesen ist immer noch da und wird weiterhin da sein. Auch wenn das menschliche Leben vergänglich ist, haben die Senioren das Gefühl, ein Teil dieser beständigen Natur zu sein. Viele der Senioren hatten in jungen Jahren ein Haus mit Garten, den sie pflegten. „Mein Garten war mein Paradies. Mich mit ihm zu beschäftigen war eine Art Therapie für mich gegen den Alltagsstress und ich ging in meiner Gartenarbeit auf!“ (Kommentar einer älteren Dame). Auch äußerten die Senioren das Bedürfnis, wieder gesund und heil sein zu können. Fast bei allen Senioren war eine gewisse Skepsis im Gespräch. „Natürlich will ich das, aber ich weiß, dass das nicht geht und ich mich mit meiner Situation abzufinden habe“. Die Senioren haben bezüglich ihres Gesundheitszustandes eine Art Akzeptanz entwickelt und ihr Bedürfnis nach Gesundheit hat sich somit auf der Bedürfnispyramide nach oben verscho-

ben und macht nicht mehr die Basis aus. Gemäß dem Satz aus der Bergpredigt:

„Wenn ihr nur Vertrauen habt, werdet ihr alles bekommen, worum ihr Gott bittet“ [78]. Es gibt Indizien dafür, dass der Glaube die Genesung der Menschen fördert [86]. Diese Tatsache ist den Senioren immer wieder zu verdeutlichen, um ihnen, so gut es geht, den seelischen Stress abnehmen zu können [75]. Aus dieser bestimmten Quelle können sie vor allem in Zeiten von Krankheit und Kummer Kraft schöpfen [73]. Schließlich hatten die Senioren, wenn auch an letzter Stelle, das Bedürfnis der Generativität genannt. Den Menschen Trost zu spenden oder etwas von sich zu verschenken. Das bedeutet, die Senioren möchten etwas teilen, weitergeben, am Leben erhalten, selbst wenn sie irgendwann nicht mehr da sein werden. Sofern dies gesundheitlich möglich ist, waren sie bereit anderen zu helfen. Sie werden an ihre Lebensaufgaben erinnert und haben das Gefühl gebraucht zu werden. Dies wiederum gibt ihnen einen Sinn und Zweck in ihrem Dasein. Sie wollen in Erinnerung behalten werden und nicht in Vergessenheit geraten. Diese Gründe hierfür sind auch wissenschaftlich belegt. Erik Homburger Erikson, ein deutscher Psychoanalytiker, führte nämlich den Begriff der „Generativität“ in seinem Stufenmodell der psychosozialen Entwicklung des Menschen ein. Hierbei versuchen die Menschen, durch das aktive Schenken und Geben (Generativität) „die Liebe in die Zukunft zu tragen“. Sich um andere kümmern, soziales Engagement zeigen, ihre Lebenserfahrung weitergeben oder etwas weitergeben, was einen ideellen Wert besitzt, macht die Menschen unsterblich [87], wie auch Cicero über den Nachruhm schrieb [88]. Dass die Generativität an letzter Stelle in Bayern stand, kann auch daran liegen, dass die Senioren bereits vor dem Heimleben vieles weitergeschenkt und vererbt haben, wie sie das auch oftmals erwähnten. Deshalb war ihnen jetzt, wo sie keine finanziellen Ressourcen mehr hatten, die ideelle Stütze für ihre Mitmenschen umso wichtiger. Im Laufe der Gespräche hörte man deutlich heraus, dass die Senioren gerne ihre Lebenserfahrung weitergeben würden, aber gleichzeitig befürchteten, dass dafür von Seiten der heutigen Jugend oder der neuen Generation kein Interesse bestehen würde. Erwähnenswert hierbei ist auch die Tatsache, dass sie nicht das Bedürfnis hatten, über ihrer Ängste und Sorgen mit anderen zu sprechen, weil sie damit niemandem zur Last fallen wollten, aber doch das Bedürfnis äußerten, sich wieder stärker mit

ihrer Familie verbunden zu fühlen, sowie sich wieder mit Freunden und Bekanntschaften treffen zu können. „Ich will niemandem zu Last fallen, meine Probleme löse ich lieber alleine!“ (Kommentar eines älteren Herrn). So wichtig der Wunsch war, sich mit anderen treffen zu wollen, so enttäuscht waren sie auch, denn alle Freunde waren bereits lange vor ihnen verstorben. Dies könnte so interpretiert werden, dass die Senioren nicht mehr über Krankheit oder den bevorstehenden Tod reden möchten. Stattdessen wünschen sie sich wieder unter „normale Leute“ zu kommen um ihren Heimaltag für kurze Momente vergessen zu können.

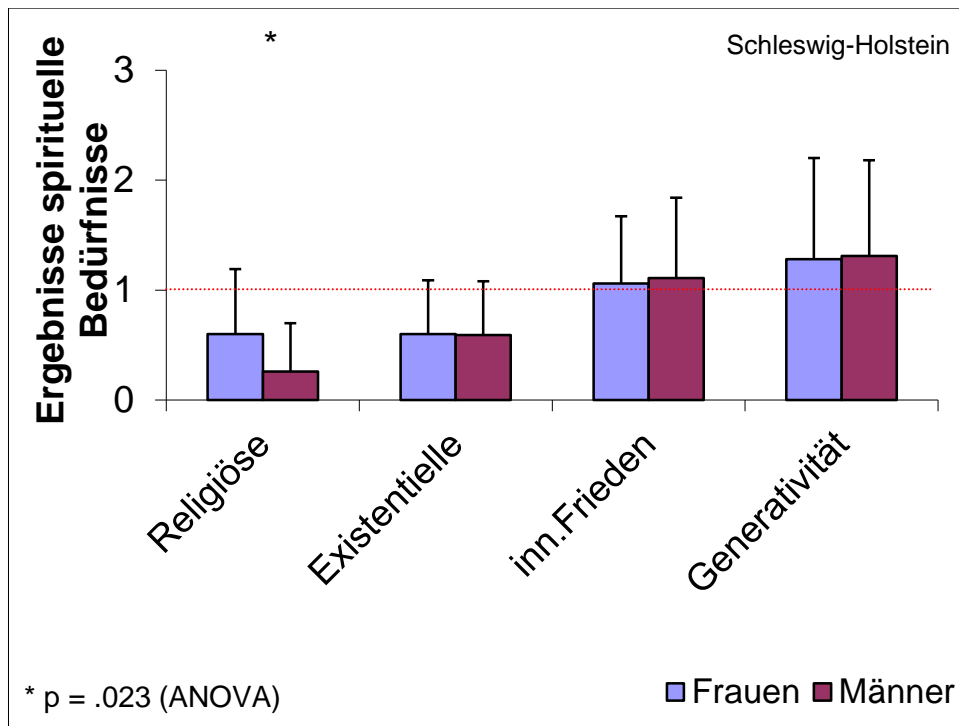
Hier kommen die Beziehungsbedürfnisse, die Clayton Alderfer in seiner Bedürfnispyramide beschrieb, wieder zum Vorschein. Kranke und Ältere, die geringe Möglichkeiten haben sich selbst zu verwirklichen, werden wieder stärkere Bedürfnisse nach sozialen Kontakten haben [42]. Es wird deutlich, dass der soziale Kontakt v.a. im Alter an großer Bedeutung gewinnt, zumal auch dadurch der Eintritt oder das Voranschreiten von Demenz verhindert bzw. verzögert werden kann [89]. In den Gesprächen zeigte sich, dass viele Senioren bereits in den Sinnesfunktionen und der Mobilität eingeschränkt waren, sodass sie von sich aus bevorzugen lieber keine sozialen Kontakte innerhalb des Heimes zu pflegen, da sie nicht in dem Maße mit ihren Heimbekanntschaften kommunizieren könnten wie sie es wollten. Durch die fehlenden sozialen Kontakte ist jedoch der Schritt zur Isolation auf langer Sicht häufig nicht vermeidbar. Das Alleinsein, die Isolation fast ohne Kontakt zur Außenwelt sind Risikofaktoren dafür, dass Senioren nicht selten an Depressionen leiden [90]. Erwähnenswert ist auch die Tatsache, dass fast keiner der Senioren das Bedürfnis hatte, jemandem aus der Vergangenheit zu verzeihen oder, dass ihnen noch zu vergeben ist, offene Angelegenheiten im Leben noch zu erledigen oder an einem noch ruhigeren Ort verweilen zu wollen. Dazu sagte einer der Senioren den Satz: „An einem noch ruhigeren Ort verweilen? Das wäre ja nur noch der Friedhof!“. Auffallend war es auch, dass viele gar nicht auf der Suche nach dem inneren Frieden waren, sondern fast immer auf diese Frage mit: „Nein, den habe ich bereits gefunden“, antworteten. Für die bayerischen Senioren hatte der Begriff des inneren Friedens, der an dritter Stelle genannt wurde, tatsächlich eine religiöse Konnotation. Generell kann gesagt werden, dass die Bedürfnisse der Senioren im Vergleich zu Menschen mit chronischen Krankheiten und vor allem verglichen mit Krebs-

kranken weniger signifikante Ergebnisse erzielen. Das macht das Umsetzen in die klinische Praxis äußerst schwierig. Es ist auch frustrierend, da durch die niedrigen Ergebnisse der Anschein erweckt wird, dass es keine Höhepunkte mehr im Leben der Senioren gibt und sie sich mit ihrer Situation abgefunden haben und sie so hinnehmen, wie sie ist.

Es zeigte sich auch deutlich, dass die Senioren wieder stärkeren sozialen und familiären Kontakt haben möchten. Da dies nicht immer möglich sein kann, brauchen sie deshalb auch professionelle psychologische Unterstützung, die ihnen zu jeder Zeit zur Verfügung steht. Es ist bekannt, dass auf Senioren zugeschnittene individuelle Psychotherapie sehr hilfreich sein kann [91]. Bei der sogenannten „dignity therapy“, spricht der Patient die Dinge an, die ihm auf dem Herzen liegen und auf die er in seinem Leben stolz ist. In einer anderen Studie, die mit australischen und kanadischen Patienten durchgeführt wurde, wurde dies bestätigt und gut 67% von den 100 Befragten empfanden, dass sich ihr Leben durch diese Art von Therapie sinnvoller anfühlt, sie litten auch deutlich weniger an Depressionen [92]. Auch die Achtsamkeitstherapie (mindfulness), in der der Mensch lernt, alles in Güte anzunehmen was ihm widerfährt, zeigt positive Effekte bei den Patienten. Durch Übungen wie Yoga oder Meditation werden hierfür die Sinne geschärft. Der Mensch lernt so, sich auf das Positive zu konzentrieren. Er beginnt dadurch seine Haltung zur Sinnhaftigkeit des Lebens positiv zu beeinflussen und verringert auch somit seine depressiven Symptome [93]. Die Beschäftigung mit der Selbstbiographie, in der das vergangene Leben reflektiert wird, verringert drastisch die depressiven Stimmungen vor allem bei älteren Seniorinnen [94]. Für einige Senioren könnte es hilfreich sein, ihre Vergangenheit auf Papier zu schreiben, um das starke Bedürfnis der Generativität stillen zu können. Somit hätten sie auf der einen Seite ein Vermächtnis zum Weitergeben für spätere Generationen, auf der anderen Seite ist dies gleichzeitig auch eine Seelentherapie für sie [95]. Um eine effektive spirituelle und psychosoziale Betreuung durchführen zu können, sind wie immer die Faktoren Zeit, Forschung und Finanzierung sowie Organisationsstrukturen von großer Bedeutung [96].

6.2. Vergleich Bayern mit Schleswig-Holstein

Da dieselbe Studie auch mit Senioren in Schleswig Holstein durchgeführt wurde, ist es angebracht, an dieser Stelle die Ergebnisse der beiden Gruppen zu vergleichen. Laut Erichsen und Büssing hatten die Senioren schwächere Bedürfnisse als chronisch Kranke. Sie äußerten weniger religiöse Bedürfnisse sondern wünschten sich mehr soziale Unterstützung [3]. In Norddeutschland wurden 100 Senioren befragt. Das Durchschnittsalter der norddeutschen Senioren war ähnlich wie das in Bayern 84 ± 7 Jahre. 82% der Befragten waren Frauen, 18% Männer. Fast alle waren im Gegensatz zu Bayern Protestanten. Die Lebenszufriedenheit (68 ± 13), gemessen mit dem BMLSS unterscheidet sich nicht allzu von der Lebenszufriedenheit in Bayern (67 ± 13). Dennoch bestehen signifikante Unterschiede bezüglich der spirituellen Bedürfnisse. Während in Bayern die Senioren am stärksten religiöse Bedürfnisse hatten, war in Norddeutschland das Bedürfnis nach Generativität, also des aktiven Schenkens und Gebens dominant [3]. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Senioren nicht im eigentlichen Sinne um ihre Gesundheit zu fürchten haben. Sie sind nicht krank sondern „natürlich“ gealtert. Deshalb könnten ihre Bedürfnisse auch weniger stark ausgeprägt sein. Vielleicht weil sie im Norden einerseits nicht religiös erzogen wurden und ihnen Religion und Spiritualität generell nicht wichtig sind. Andererseits aber vielleicht, weil sie keine Perspektive in der spirituellen Errettung sehen und ihnen das Jenseits ungewiss ist und es deshalb nicht hinterfragen möchten. Vielleicht aber auch aus Angst vor dem Tod und was sie danach erwartet. Die Überzeugung am Lebensende alles richtig gemacht zu haben und ein ruhiges Gewissen zu haben ist ihnen womöglich wichtiger als sich mit der Transzendenz zu beschäftigen. Fehler oder offene Rechnungen im Hier und Jetzt zu verbessern und sich mit Allem und Jeden ins Reine zu bringen verschafft seelische Erleichterung und inneren Frieden. Bezogen auf den alten bzw. kranken Menschen bedeutet dies, dass all diese Faktoren ihm dabei behilflich sein können, seinen Zustand zu erkennen und zusammen zu agieren [97].



Senioren in Norddeutschland (n=100)

Durchschnittsalter: 84 ± 7 Jahre

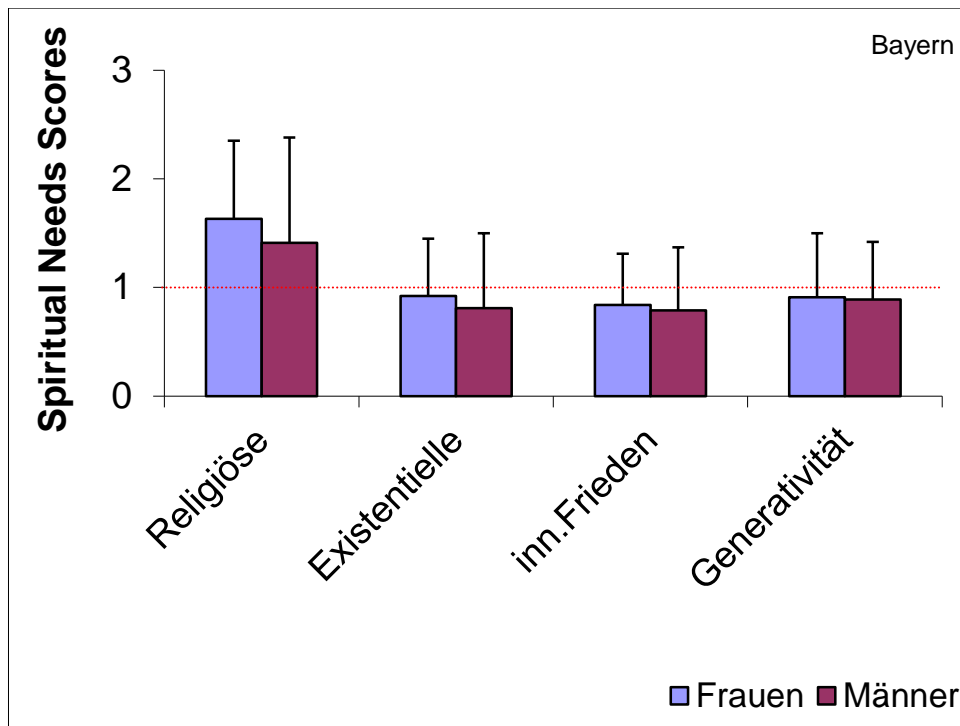
82% Frauen, 18% Männer

84% Christen (hauptsächlich evangelisch)

Religiöses Vertrauen (SpREUK): 38 ± 29

Lebenszufriedenheit (BMLSS): 68 ± 13

Abbildung 5: Spirituelle Bedürfnisse von Senioren in Schleswig Holstein



Senioren in Süddeutschland (n=112)

Durchschnittsalter: 83 ± 7 years

76% Frauen, 24% Männer

92% Christen (hauptsächlich katholisch)

Religi (SpREUK): 68 ± 23

Life Satisfaction (BMLSS): 67 ± 13

Abbildung 6: Spirituelle Bedürfnisse von Senioren in Bayern

Nach Erkenntnissen der Studie von Büssing und Erichsen reagierten die nord-deutschen Senioren auf die tiefgründigen Fragen sehr emotional und weinten. Das Bedürfnis nach aktivem Geben und Generativität war ihnen am Wichtigsten. Als sie nach ihren Bedürfnissen gefragt wurden gaben sie traurig zu, sie würden gerne ihre Lebenserfahrungen an ihre Kinder und Enkelkinder weitergeben, aber niemand interessiere sich dafür [3]. Etwas aktiv von sich geben zu können verschafft sowohl Freude als auch das Gefühl der Unvergänglichkeit, indem man im Herzen (Gedächtnis) der Menschen weiterlebt. Ein Gedanke, der bereits in der klassischen Antike den Menschen sehr wichtig war, wie z.B. immer wieder bei M.T Cicero hervorgeht, dass der Nachruhm der eigentliche Sinn des Lebens sei, so beispielhaft in seinem Werk „de officiis“, 2. Buch. [87]. In Bayern war dieses Bedürfnis weniger ausgeprägt, vielleicht auch bedingt durch

die Tatsache, dass der Familiensinn in Bayern stärker ausgeprägt scheint als in Norddeutschland und zwar unabhängig ob katholisch oder evangelisch. Das „aktive Geben“ ist auch deshalb sehr wichtig, weil die Senioren dadurch die Rolle des Alten und Gebrechlichen verlassen können und zum selbsthandelnden und gebenden Akteur werden [34]. Das starke Bedürfnis der Norddeutschen die Natur intensiver erleben zu wollen, könnte damit erklärt werden, dass dadurch ihnen die Existenz aber auch ihre eigene Vergänglichkeit bewusst wird. Wenn man die Ergebnisse in beiden Bundesländern genauer betrachtet, fällt auf, dass die Bedürfnisstärken generell überhaupt nicht sehr stark ausgeprägt und sehr ähnlich sind. Ein Grund hierfür könnte die Tatsache sein, dass die norddeutschen Senioren den Begriff „Bedürfnis“ als zu stark angesehen haben und es lieber zu „Wünschen“ umformulierten [34]. Ein weiterer Grund dafür kann vielleicht auch die Tatsache sein, dass sie insgeheim der Meinung sind, alt zu sein und keinen Anspruch mehr auf spezielle Bedürfnisse, aber doch auf Wünsche zu haben. Man könnte es aber auch andersrum betrachten. Ein Bedürfnis ist ein instinktgetriggertes Streben nach Befriedigung für den Menschen essentieller Dinge, wie z.B. Nahrungsaufnahme oder Schlaf. Ein Wunsch könnte also auch als die Luxusvariante gesehen werden, z.B. etwas Bestimmtes zu essen. An zweiter Stelle war für die Norddeutschen das Bedürfnis nach innerem Frieden sehr wichtig, wohingegen die Bayern als zweites die existentiellen Bedürfnisse angaben. Nun können Bedürfnisse nach innerem Frieden auch einfach nur Ruhe und Rückzug im eigenen „Heim“ bedeuten, ein Zufluchtsort von der täglichen Heimatmosphäre [3]. Allem Anschein nach könnte dieser in katholischen Seniorenheimen etwas weniger ausgeprägt sein, wo den Senioren viel Raum für Ruhe und Andacht zur Verfügung steht. Die Norddeutschen nannten dagegen an dritter Stelle die existentiellen Bedürfnisse. Schließlich waren die religiösen Bedürfnisse im Norden am wenigsten ausgeprägt. Vielleicht zeigt dies ihre Resignation dem Glauben gegenüber gerade in schwierigen Zeiten wie z.B. im Krieg, von Gott im Stich gelassen worden zu sein [3]. Das könnte aber auch an der Umbruchsituation der sechziger Jahre liegen, da seitdem weniger streng Kirchenrituale ausgeübt werden [98]. Ganz im Gegenteil dazu der kulturelle, traditionelle Unterschied in Bayern, wo man sich seit jeher vor allem in schwierigen Situation auf Gott und Religion stützt und darin die Rettung sucht. Vielleicht auch deshalb, weil Katholiken in Bayern oftmals Traditionen pflegen, unabhän-

gig davon wie religiös sie wirklich sind. Dass die Ergebnisse voneinander abweichen, manchmal auch entgegengesetzt sind, könnte zum einen daran liegen, dass regionale und kulturelle Unterschiede auch die Haltung zum Glauben verändern. Trotz des sehr ähnlichen Kollektivs spielten im Norden die spirituellen Bedürfnisse eine sehr geringe Rolle. Die Situation ändert sich abrupt, wenn Krankheit oder Tod ins Spiel kommen, wie Studien es oft belegen konnten [31]. Obwohl in unserer säkularen Gesellschaft viele Menschen den kirchlichen Institutionen eher fern stehen, gibt es eine nicht zu geringe Anzahl von Senioren, die spirituelle und psychosoziale Bedürfnisse hat, die unserem Gesundheitssystem noch nicht ausreichend bekannt sind. Oft entsteht der Eindruck, dass Krankenhäuser rein säkular und Kirchen nur religiös agieren [99]. Was bedeutet das nun für den Arzt bezüglich seinen Aufgaben? Bereits im Jahre 2006 äußerten deutsche Tumorpatienten den Wunsch, dass der behandelnde Arzt auch ein Interesse an ihren spirituellen Angelegenheiten zeige [100]. Dazu fand eine kanadische Studie heraus, dass Ärzte durchaus offen sind für spirituelle Themen, aber nur unter der Voraussetzung, dass die Patienten die Initiative ergreifen [15]. Eine andere Studie zeigte auf, dass 72% der Krebspatienten in den USA das Gefühl hatten, dass sich das medizinische System nicht ausreichend um ihre spirituellen Bedürfnisse kümmert und 47% gaben an, dass selbst die religiösen Gemeinden sich so gut wie gar nicht darum kümmerten [101]. Sowohl Ärzte- bzw. Psychologen, als auch das Pflegepersonal sind diesen Ansprüchen auf psychosozial-spirituelle Ebene häufig selbst nicht gewachsen, weil ihnen die nötige Ausbildung und Kompetenz in diesem Bereich fehlt. Dies stellt wiederum, gemäß einer Studie aus dem Jahre 1988, einen sehr großen Stressfaktor für das ganze Arbeitsklima dar [102].

Folglich ist es angebracht, sich zunächst mit seiner eigenen Spiritualität zu beschäftigen, bevor man die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse anderer erkennen kann. Ist man sich seiner eigenen Spiritualität und Werte bewusst, könnte dies dabei behilflich sein, gerade in medizinischen Berufen als Ärzte und Pfleger weniger in Stress zu geraten [103]. Ist man sich jedoch seiner eigenen Bedürfnisse bewusst, kann sich folglich auch der Stress verringern. Studien belegen den Zusammenhang zwischen Stress im Arbeitsalltag und Burnout [104].

6.3. Die spirituelle Rolle des Arztes

Als Patienten, die kurz vor ihrem Lebensende standen, befragt wurden, was sie sich am meisten wünschen, war für viele äußerst wichtig das Pflegeteam bzw. den Arzt immer zu erreichen und dass das Team durchaus Aufgaben übernimmt, die auch über die rein medizinische Behandlung hinausgehen. Auch Ärzte sehen die spirituelle Pflege der Patienten am Lebensende generell als einen hochwichtigen interpersonellen Prozess im Kontext des Menschenwertes und betrachten sie weniger als ihre vorgeschriebene oder zwangsmäßige Rolle [15]. Die Rolle des Arztes und der medizinischen Belegschaft ist hier äußerst wichtig. Eine Studie aus dem Jahre 2013 untersuchte, wie den spirituellen Bedürfnissen in holländischen Seniorenheimen gerecht wurde [105]. Hier sprach der Arzt nicht von sich aus über spirituelle Themen und betrachtete dies weder als seine noch die Aufgabe des Pflegeteams. Es herrschte auch keine Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Seelsorger. Wenn die Patienten im Sterben lagen, betreuten Pflegende diese mit Streicheleinheiten, gewissen Ritualen wie Beten oder Musik hören, was weder im Pflegeplan noch in der ärztlichen Verordnung vorgesehen ist. Die Schwestern unterstützten in ihrer Freizeit die Bewohner außerhalb ihrer Pflegerolle. Insgesamt konnte beobachtet werden, dass Ärzte die Verhaltensweisen der Senioren anders interpretierten als Schwestern. Wie diese interdisziplinäre Lücke verbessert werden kann, ist wiederum Ziel weiterer Studien [105]. Denn es hat sich bereits auch bei chronisch kranken Patienten gezeigt, dass 23% gerne mit einem Seelsorger reden würden. 20% gaben an, niemanden zum Reden zu haben und 37% gaben an, sie würden gerne mit ihrem zuständigen Arzt über ihre spirituellen Bedürfnisse reden wollen [99]. Man befragte hierzu deutsche Ärzte, warum sie sich nicht spirituell interessiert zeigten. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. 55% nannten ihre Berufsneutralität als Grund. Zeitmangel nannten 34% und fehlendes Wissen über diese Themen war es bei 15%. 3% der deutschen Ärzte fühlten sich generell unwohl dabei, über Spiritualität zu sprechen und 22% der deutschen Mediziner sagten, es sei überhaupt nicht ihre Pflicht, über diese Angelegenheiten zu sprechen [106].

6.4. Limitationen

Eine der Limitationen dieser Studie war ihr Querschnittsdesign, wodurch wissenschaftlich leider nur Momentaufnahmen möglich sind. Es ist nicht ausreichend, in einem nur 30-minütigen Interview das gesamte Seelenleben der Senioren zu erfassen. Ob die Senioren in einem weiteren Interview dieselben Antworten gegeben hätten oder sich ihre Haltung zur Spiritualität auf Grund der neuen Erlebnisse in der Zukunft änderte, konnte aus dieser Studie leider nicht eruiert werden. Deshalb werden weitere Längsstudien notwendig sein, um die Senioren in ihrem Verlauf und ihrer Entwicklung bzgl. Gesundheit und psychische Verfassung beobachten zu können. Außerdem sind diese Ergebnisse sicher nicht für alle Alten- und Pflegeheimbewohner repräsentativ, da sehr wenige männliche Senioren an der Studie teilgenommen haben, wobei man sagen kann, dass dies wiederum für Altenheimbewohner schon fast wieder repräsentativ ist, denn es gibt grundsätzlich viel weniger Männer in jenen Institutionen. Sei es durch die Tatsache, dass sie eine kürzere Lebensdauer haben als die Frauen, oder aber oftmals noch von ihren Ehefrauen zu Hause gepflegt werden. Es wäre sehr wichtig, gerade die Ansichten und Empfindungen der männlichen Senioren zu erforschen, da oft angenommen wird, dass Männer weniger empfänglich sind bezüglich ihres Gefühls zum Transzendenten. In der Welt des Klischeedenkens sind sie bekanntlich eher die Realisten und glauben an das, was sie sehen und erklären können. Doch die wenigen, die wir für diese Befragung gewinnen konnten, waren im Allgemeinen offen für das Spirituelle. Außerdem waren in dieser Studie explizit Schwerstkranke und an Demenz leidende Senioren ausgeschlossen. Gerade diese Patientengruppe könnten vielleicht ganz andere Bedürfnisse haben als die „rüstigeren“ Senioren. Ob auch sie dieselben Ansichten teilen oder eine absolut gegensätzliche Haltung zum Glauben und zur Spiritualität haben, wird das Ziel weiterer Studien sein. Am auffälligsten aber war die Tatsache, dass sich die Befragten in Nord- und Süddeutschland in ihren Bedürfnissen deutlich unterschieden. Momentan liegen uns nur diese beiden Extrem-Studien vor, doch weitere Studien mit Senioren aus allen Teilen Deutschlands sind in Vorbereitung, um eventuell weitere Unterschiede oder auch Gemeinsamkeiten ausfindig machen zu können. Hierbei ist es aber auch sehr wichtig zu erwähnen, dass diese Studie eine große Stichprobenverzerrung (selection bias) aufweist. Denn die Bewohner wurden nicht zufällig ausgewählt,

sondern hauptsächlich von den Heimleitern bzw. Schwester vorgeschlagen (Convenience Sample). Teilweise wurden die Personen von Nonnen, die im Heim als Schwestern tätig waren, ausgewählt. Es ist nicht auszuschließen, dass hier die Wahl auf besonders religiöse Probanden fiel. Eine weitere erwähnenswerte Tatsache ist außerdem, dass die Fragebögen assistiert ausgefüllt wurden. Das könnte zu einer sozialen Erwünschtheit (social desirability bias) geführt haben.

7. Ausblick

Wenn das Leben der betagten Senioren sich dem Ende neigt und sie vor „vollendete Tatsachen“ gestellt werden, ist es notwendig, sie vor der Ungewissheit gegenüber der Zukunft nicht alleine zu lassen, Körper, Geist und Seele als eine Einheit zu betrachten und sie bis zur letzten Stunde zu begleiten [14].

Durch Sicherstellung ihres spirituellen und psychosozialen Wohlbefindens kann ihnen ein optimales Heimleben gewährleistet werden. Um die psychischen Belastungen auf ein Minimum zu reduzieren, ist es wichtig, auf die Wünsche und Bedürfnisse der Senioren einzugehen, und die Familie und das Personal darauf aufmerksam zu machen, damit mögliche Stressoren durch kompetente Pflege und Einfühlungsvermögen vermieden werden können. Sowohl das Pflegepersonal, die Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, als auch Ehrenamtliche brauchen eine gewisse Kompetenz, um in der Lage zu sein, die Bedürfnisse der Senioren verstehen zu können. Zertifizierte Seelsorger wären wohl am besten geeignet für diese Aufgabe. In unserer säkularen Gesellschaft ist es jedoch immer mehr von Nöten, dass auch Ärzte und Pfleger sich mit generell spirituellen Themen des Patienten befassen [30]. Es ist wichtig, die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse der notdürftigen Menschen zu erkennen, um sie sehr früh in der Ausbildung der Ärzte und Pfleger integrieren zu können [107], damit das Augenmerk nicht nur auf die Entität Krankheit alleine gerichtet wird, sondern der Patient und seine Familie gemeinsam in die Behandlungsentscheidungen miteinbezogen werden [108]. Wenn die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse der Senioren befriedigt sind, haben sie bessere Lebenszufriedenheit und inneren Frieden [109]. Hauptsächlich in den bayerischen Senioreneinrichtungen stehen dafür Seelsorger zur Verfügung, die die Senioren bei Bedarf seelisch und moralisch unterstützen [11]. Vielerorts ist Altenheimseelsorge jedoch nicht etabliert. Es macht großen Sinn, Seelsorge flächendeckend in Alten- und Pflegeheimen einzusetzen, damit je nach aktuellem Bedarf jeder Bewohner von ihnen Gebrauch machen kann. Den bayerischen Senioren war es wichtig, Möglichkeiten und Räume zu schaffen, um ihre religiösen Rituale und Gebete ausführen zu können, da dies ihnen Hoffnung und innere Stärke gibt [110]. Wenn spirituelle und psychosoziale Bedürfnisse gestillt werden, haben sie eine bessere Lebensqualität [111]. Wenn sie nicht gestillt werden, verlieren sie bald den

Lebenssinn und die Lebenslust [112]. Es ist von großer Bedeutung, wenn sowohl die Familienangehörigen der Senioren als auch diejenigen Personen, die für ihre Gesundheit und Pflege zuständig sind, dafür Sorge tragen, dass die aktuell maßgeblichen Bedürfnisse identifiziert und ernstgenommen werden. Vor allem Senioren, die ihr gewohntes Heim aufgrund von Autonomieverlust aufgeben, somit aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen werden und das berufliche Leben lange hinter sich gelassen haben, fühlen sich hilflos, unnütz und allein gelassen. Die finanzielle und persönliche Abhängigkeit, in der sie sich oftmals befinden, sowie der körperliche Funktionsverlust und progredienter mentaler Abbau sind auf lange Sicht nicht aufzuhalten. Der fehlende soziale Kontakt, das Gefühl der Einsamkeit und die empfundene fehlende Unterstützung von außen sind Gründe dafür, warum psychische Probleme und innere Leere vorprogrammiert sein können [7]. Betagte Senioren an ihrem Lebensende, brauchen spezielle Betreuung sowohl auf psychischer, emotionaler, gesundheitlicher als auch auf spiritueller Ebene [113]. Es ist bekannt, dass nicht selten gesundheitlich eingeschränkte Senioren, die keine Hoffnung haben, Suizidgedanken hegen oder die Ärzte und Pfleger direkt um Sterbehilfe bitten [114]. Neben dem Wunsch, ihre Würde so gut es geht bewahren zu können, ist es ihnen wichtig, jemanden an ihrer Seite zu haben, der ihnen zuhört. Schließlich wünschen sie auch eine adäquate Pflege erhalten zu können [93].

Diese Studie konnte aufzeigen, dass Senioren umso größere existenzielle Bedürfnisse hatten, je weniger sie mit ihrem Leben zufrieden waren. Trotz Mangel an Zeit und finanziellen Ressourcen war die Stimmung unter dem Pflegepersonal der Seniorenheime im Allgemeinen positiv [115]. Bei der Datenerhebung für diese Studie wurde jedoch deutlich, dass das Pflegepersonal großem zeitlichem Stress ausgesetzt war, weil nicht genügend Arbeitskräfte vorhanden waren.

60% der Senioren das Pflegepersonal als nicht ausreichend empfanden und in den Gesprächen sehr häufig erwähnten, dass unbedingt mehr Pfleger einzustellen seien, da offensichtlich die Arbeitsbelastung und somit das Stresslevel des Pflegepersonals sehr hoch ist. Das gilt insbesondere für die Pflegeheime. Dennoch fühlen sich 89% der Senioren in ihren Bedürfnissen ernst genommen und die Pflegenden waren, laut den Heimbewohnern, stets bemüht, ihr Bestes für die Pflege und Betreuung der Senioren zu geben und versuchten dabei, sich den Stress zu Gunsten des Arbeitsklimas nicht anmerken zu lassen.

Oft wird das Altern bzw. Älterwerden nicht als eine Krankheit sondern als ein natürlicher Kreislauf des Lebens angesehen. Da in Alten- und Pflegeheimen, wo ein gewisser Teil an Sterbebegleitung unumgänglich ist, sich das Personal bewusst oder auch unbewusst täglich mit seiner eigenen Endlichkeit auseinandersetzt, wird es stets daran erinnert, irgendwann selbst vielleicht in derselben Situation zu sein [116]. Dann würden sie genauso behandelt werden wollen, wie sie es momentan tun. Diese Haltungsweise macht der kategorische Imperativ nach Immanuel Kant deutlich: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ [117]. Diese Maxime gilt ohne Einschränkung auf alle Haltungsweisen, die jedem Individuum in der Gesellschaft nutzen bringen kann. Damit durch Stress des Pflegepersonals die Qualität der Arbeit in Alten- und Pflegeheimen nicht in Mitleidenchaft gezogen werden kann, ist es von Nöten ausreichend Personal einzustellen. Bei bevorstehenden medizinischen oder privaten Entscheidungen ist es äußerst wichtig, diese so respekt- und würdevoll wie möglich zu treffen. Um eine effektive spirituelle und psychosoziale Betreuung durchführen zu können, sind wie immer die Faktoren Zeit, Forschung und Finanzierung sowie Organisationsstrukturen von großer Bedeutung [96]. Jeder Mensch ist mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Sinn für Spiritualität ausgestattet, so auch Ärzte und Pfleger. Dadurch können Probleme und Fragestellungen auch über eine rein wissenschaftliche Antwort hinaus beantwortet werden. Die Vorstellung, dass Ärzte und Pfleger sich nur um die körperlichen, die Psychiater oder Psychologen nur um die seelischen und die Seelsorger nur um die geistlichen Probleme kümmern, ist längst überholt. Um es mit den Worten von Dr. Koenig zu beschreiben, reicht es aus am Ende eines Gebetes nur „Amen“ zu sagen auch wenn ein Arzt nicht zu beten weiß, sein Patient es aber wünscht [118]. Denn Arzt sein ist selbst nach Aussagen der Ärzte nicht nur ein Beruf, sondern eine Berufung. Dies gaben in den USA 71% der befragten Ärzte an [119]. Jeder Mensch verdient es, mit Respekt behandelt zu werden. Dabei ist im medizinischen Kontext sehr wichtig, die goldene Mitte zwischen der ärztlichen Macht und des Patienten Willen zu finden [120]. Sofern von Seiten des Gesundheitssystems finanzielle Ressourcen den Ärzten zur Verfügung stehen und vor allem die niedergelassenen Ärzte zusätzlich Zeit aufbringen können, sich um die Belange der Senioren in den Heimen zu kümmern, bedeutet dies im konkreten

Sinne, dass alle, aber vor allem die (Haus)-Ärzte, die sich um die gesundheitliche Betreuung und Begleitung von Senioren in Alten-und Pflegeheimen kümmern, den Senioren ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens gewährleisten, ihnen versuchen ein Umfeld zu verschaffen, in der Spiritualität willkommen ist und geehrt wird und vor allem ihnen als Schutz dient, in der sie den Schmerz vor einer ungewissen Zukunft, mit der ständigen Frage „Was passiert nach dem Tod“, lindern kann.

8. Zusammenfassung

Auch gemäß der WHO ist jeder Mensch spirituell, weil er sich spätestens angesichts des Todes existentielle Fragen zu stellen hat [121]. Ziel dieser Studie war es herausfinden, welche spirituellen Bedürfnisse die Senioren in bayerischen Alten- und Pflegeheimen haben und wie diese mit ihrer Lebenszufriedenheit, Stimmungslage und ihrem Lebenssinn zusammenhängen. Dafür wurden 112 Senioren (76% Frauen und 24% Männer) in 9 verschiedenen Alten-und Pflegeheimen in Bayern anonym befragt. Hierfür wurde ein standardisierter Fragebogen benutzt. Die psychosozialen Bedürfnisse wurden mit dem SpNQ Fragebogen (Spiritual Needs Questionnaire) untersucht. Dieser Fragebogen unterteilte die spirituellen Bedürfnisse wiederum in vier Hauptgruppen: Religiöse Bedürfnisse, existentielle Bedürfnisse, das Bedürfnis nach innerem Frieden und Generativität. Die hauptsächlich katholischen bayerischen Senioren hatten am stärksten religiöse Bedürfnisse. Alle anderen Bedürfnisse waren von geringerer Bedeutung. Zwischen den Geschlechtern gab es keine signifikanten Unterschiede und auch das Alter und der Bildungsstatus hatten keinen großen Einfluss auf die Ergebnisse. Alltagsbeeinträchtigung hatte ebenfalls keinen großen Einfluss auf den Grad der unerfüllten Bedürfnisse. Es bestanden aber in der Tat Unterschiede je nach der Unterbringungsart der Senioren. Auffällig war, dass Senioren, die in Pflegeheimen lebten, weniger religiöse Bedürfnisse aber stärkere existentielle Bedürfnisse hatten und auch mehr das Bedürfnis nach innerem Frieden. Das Beten für sich alleine war das wichtigste unter den am stärksten repräsentierten religiösen Bedürfnissen. Die religiösen Bedürfnisse der im Raum Bayern befragten Senioren stiegen, je mehr sie religiöses Vertrauen (SpREUK) zeigten und je stärker ihr Lebenssinn ausgeprägt war (SMILE). Sichtbar war auch die Tatsache, dass traurige Senioren sowohl stärkere existentielle Bedürfnisse aufwiesen, als auch das Bedürfnis nach innerem Frieden hatten. Das galt ebenso, wenn auch schwach, für enttäuschte Senioren. Speziell für bayerische Senioren mit katholischem Hintergrund ist es also äußerst wichtig, dass sie Zugang zu Seelsorgern, Pfarrern, Kirchen und Gottesdiensten haben. Die Möglichkeit zu gewährleisten, ihre Gebete, sowohl in der Gemeinschaft, in Form von Gottesdiensten, als auch alleine im Stillen praktizieren zu können, ist wichtig. Denn durch diese Art von religiösen Ritualen und Haltungen

gewinnen sie einen gewissen Grad an Hoffnung und Selbstvertrauen. Sie können wieder beruhigt werden und ohne Furcht in eine unsichere Zukunft blicken, dabei aber immer auf ein Leben nach dem Tode hoffen.

Denn wenn es keine wissenschaftlichen Antworten mehr auf medizinischen Fragen gibt, fängt an jenem Punkt die Spiritualität im eigentlichen Sinne an.

9. Anhang

9.1 Abbildungsverzeichnis und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Spirituelle Bedürfnisse nach Geschlecht.....	32
Abbildung 2: Spirituelle Bedürfnisse und Familienzugang	33
Abbildung 3: Spirituelle Bedürfnisse und Art der Unterbringung	34
Abbildung 4: Spirituelle Bedürfnisse und Selbstversorgung.....	35
Abbildung 5: Spirituelle Bedürfnisse von Senioren in Schleswig Holstein.....	49
Abbildung 6: Spirituelle Bedürfnisse von Senioren in Bayern	50
Tabelle 1: Soziodemographische und psychometrische Daten 1	28
Tabelle 2: Soziodemographische und psychometrische Daten 2	29
<i>Tabelle 3: (Auswahl an Items) Die stärksten Bedürfnisse der bayerischen Senioren Messbereich (1-3).....</i>	<i>29</i>
<i>Tabelle 4: Durchschnittswerte der Ergebnisse der spirituellen Bedürfnisse.....</i>	<i>31</i>
Tabelle 5: Korrelation zwischen spirituellen Bedürfnissen, Lebensqualität/Lebenszufriedenheit und Stimmungslagen	36
Tabelle 6: Regressionsanalyse mit den spirituellen Bedürfnissen als abhängige Variable.....	39
Tabelle 7: Die stärksten Bedürfnisse der bayerischen Senioren Messbereich (1- 3).....	64

Die stärksten Bedürfnisse der bayerischen Senioren Messbereich (1-3)

Selber Beten	2.25	(RN)
Das vergangene Leben reflektieren	2.01	(EN)
In einer religiösen Zeremonie teilnehmen	2.00	(RN)
Sich an eine höhere Präsenz wenden	1.89	(RN)
In die Schönheit der Natur eintauchen	1.83	(IP)
Wunsch, dass andere für sie beten	1.42	(RN)
Wieder vollständig& heil sein zu können	1.34	(-)
Jemandem Trost spenden wollen	1.20	(GG)
Sich jemandem liebevoll zuwenden zu können	1.13	(IP)
Ihre Lebenserfahrung weitergeben zu können	1.06	(GG)
Etwas von sich verschenken wollen	1.01	(GG)
Mit jemandem Beten wollen	0.92	(RN)
Von Freunden zu priv. Treffen eingeladen werden wollen	0.73	(-)
Mit der Familie mehr verbunden sein wollen	0.70	(-)
Mit jemandem über den Sinn des Lebens sprechen wollen	0.69	(EN)
In religiösen/spirituellen Büchern lesen wollen	0.69	(RN)
Mit jmd. über das „Leben nach dem Tod“ sprechen wollen	0.68	(EN))
Anrührende Musik anhören wollen	0.68	(-)
Den inneren Frieden finden wollen	0.64	(IP)
Von Fam. mehr in Lebensalltag einbezogen werden wollen	0.63	(-)
Mehr Rückhalt von der Familie bekommen wollen	0.61	(-)
Mehr Zuwendung durch andere bekommen wollen	0.61	(-)
Mit anderen über die Ängste und Sorgen reden wollen	0.59	(IP)
Einen Sinn in der Krankheit/im Leiden finden wollen	0.57	(EN)
Dass ein (Pfarrer/Seelsorger) sich um sie kümmern sollen	0.54	(RN)
Jdm. aus best. Lebensabschnitt vergeben zu wollen	0.50	(EN)
Gewissheit wollen: Eigene Leben sinn & wertvoll gewesen	0.46	(GG)
Ungelöste Dinge im Leben noch klären zu wollen	0.45	(EN)
An einem Ort von Ruhe und Frieden verweilen zu wollen	0.34	(IP)
Das Bedürfnis nach Vergebung durch andere zu haben	0.29	(IP)

Tabelle 7: Die stärksten Bedürfnisse der bayerischen Senioren Messbereich (1-3)

9.2 Fragebögen

Fragebogen zu psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Lebensqualität im Alten-/Pflegeheim

Code: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <small>Bitte nicht ausfüllen!</small>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> </table> <small>Beteiligtes Zentrum</small>

Im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen Universität Witten/Herdecke und der Professur für Spiritual Care des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München möchten wir die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse von Menschen in Alten- und Pflegeheimen sowie die damit zusammenhängende Lebensqualität und Lebenszufriedenheit untersuchen. Hierzu möchten wir Sie bitten, einen anonymen Fragebogen auszufüllen. Für Sie persönlich hat dies keinen unmittelbaren Nutzen, ihre Aussagen tragen jedoch dazu bei, die Betreuung von Menschen in Alten- und Pflegeheimen zu verbessern.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Alle im Rahmen der Befragung anfallenden Daten werden **streng vertraulich** behandelt und nur in **anonymisierter Form** bearbeitet, d.h. ohne Namen und Adresse. Die Fragebögen werden getrennt von ihren Pflegeakten und -unterlagen verwahrt und sind Dritten unzugänglich. **Die Belange der Schweigepflicht und des Datenschutzes werden gewahrt.**

Falls Ihnen das Lesen und Schreiben schwer fällt, wird Ihnen angeboten, die Fragen durch eine Mitarbeiterin vorgelesen zu bekommen und entsprechend Ihren Angaben ausfüllen. Bitte versuchen Sie auf jeden Fall möglichst spontan eine Antwort auf die entsprechenden Fragen zu finden zu finden und auf dem Bogen passend anzukreuzen (für jede Frage bitte nur ein Kreuz). Es gibt keine „richtigen“ und „falschen“ Antworten. Jeder Mensch hat andere Erfahrungen gemacht und bewertet sie anders.

Für Ihre Hilfe und Kooperation unseren herzlichen Dank!

Alter:	Geschlecht: () weiblich () männlich
Konfession/Glaubensgemeinschaft: () christlich () muslimisch () andere () keine	Familienstand: () verheiratet / mit Partner zusammenlebend () verwitwet () alleinstehend () mit Familienanschluss (Kinder, Enkel etc.)
Schulabschluss: () Hauptschule () Realschule () Gymnasium () andere Schultypen	
Ich wohne in einem () Altenheim () Heim für betreutes Wohnen () Pflegeheim () anderes	
Ich kann mich selber versorgen: () Ja, komplett () weitgehend () nur mit Hilfe anderer	

Bitte markieren Sie auf der Skala, wie stark Sie sich in ihrem Alltagsleben beeinträchtigt fühlen
(z.B. Schmerz, Gehbehinderung, Krankheit usw.)

I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
nicht	gering	etwas/mäßig	mittel	schwer	sehr schwer	unerträglich					

<p align="center">Im Folgenden finden Sie Aussagen zu bestimmten Bedürfnissen, wie sie von anderen Menschen geäußert wurden.</p> <p align="center">Bitte überprüfen Sie, inwieweit diese für Sie persönlich <u>in der letzten Zeit</u> zutreffen. Wenn dieses Bedürfnis für Sie besteht, dann geben Sie bitte auch an, wie stark dieses bei Ihnen ausgeprägt ist.</p>						
	Haben sie in der letzten Zeit das Bedürfnis gehabt ...	Zustimmung		Wenn „ja“: Wie stark ist dieses Bedürfnis bei Ihnen?		
		Nein	Ja	gering	mittel	groß
N1	nach größerer Zuwendung durch andere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N2	mit jemandem über Ihre Ängste und Sorgen reden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N3	dass sich jemanden aus Ihrer Gemeinde (z.B. der Pfarrer) um sie kümmert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N4	auf Ihr bisheriges Leben zurückzuschauen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N5	ungelöste Dinge aus Ihrem Leben zu klären?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N6	In die Schönheit der Natur eintauchen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N7	an einem Ort der Ruhe und des Friedens verweilen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N8	inneren Frieden finden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N9	anrührende Musik zu hören?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N10	einen Sinn in Ihrer Krankheit oder Leiden sehen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N11	mit jemandem die Frage nach dem Sinn im Leben ansprechen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N12	mit jemandem über die Möglichkeit eines Lebens nach dem Tod reden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N13	sich jemandem liebevoll zuwenden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N14	etwas von sich verschenken zu wollen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N15	jemandem Trost spenden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N16	jemandem aus einem bestimmten Abschnitt Ihres Lebens vergeben zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N17	dass Ihnen vergeben wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N18	mit jemandem zu beten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N19	dass jemand für sie betet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N20	selber zu beten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N21	an einer religiösen Feier (z.B. Gottesdienst) teilnehmen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N22	religiöse/spirituelle Bücher/Schriften zu lesen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N23	sich an eine höhere Präsenz (Gott, Engel....) wenden zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N24	wieder vollständig und heil sein zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N25*	mit der Familie verbunden zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N26*	ihre Lebenserfahrungen weitergeben zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N27*	Gewissheit zu haben, dass das eigene Leben sinn- und wertvoll war?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N28*	von der eigenen Familie stärker in deren Lebensalltag einbezogen zu sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3

N29*	von den Freunden (wieder) zu privaten Treffen eingeladen zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3
N30*	von meiner Familie mehr Rückhalt zu bekommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> →	1	2	3

SpREUK - Vertrauen		tr if ft g a r n i c h t z u	tr if ft e h e r n i c h t z u	k a n n i c h t s a g e n	tr if ft e h e r z u	tr if ft g e n a u z u
<p>Aus Gesprächen mit Patienten wissen wir, dass es sehr verschiedene Gefühle, Einstellungen und Reaktionen auch in Bezug auf Krankheit gibt. Im Folgenden finden Sie daher Aussagen, wie sie von anderen Patienten geäußert wurden.</p> <p>Bitte überprüfen Sie, in wie weit diese für Sie persönlich momentan zutreffend sind. Wenn es Ihnen schwer fällt, sich für eine Antwort zu entscheiden, kreuzen Sie bitte die Antwort an, die spontan noch am ehesten auf Sie zutrifft.</p>						
F2.6	Ich empfinde mich als religiösen Menschen.	0	1	2	3	4
F2.5	Egal was auch passiert, ich habe Vertrauen in eine höhere Macht, die mich trägt	0	1	2	3	4
37	Ich habe Vertrauen in eine geistige Führung in meinem Leben.	0	1	2	3	4
38	Ich fühle mich mit einer „höheren Quelle“ verbunden.	0	1	2	3	4
39	Ich bin davon überzeugt, dass mit dem Tod nicht alles vorbei ist.	0	1	2	3	4

	Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Zufriedenheit hinsichtlich verschiedener Bereiche des Lebens. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihnen passend erscheint. Die Zufriedenheit mit würde ich wie folgt beschreiben:	s c h r e c k l i c h	u n g l ü c k l i c h	ü b e r w i e g e n d	u n e i n h e i t l i c h (s o w o h l a l s a u c h)	ü b e r w i e g e n d	z u f r i e d e n s t e l l e n d	s e h r e r f r e u l i c h
G1	...meiner Gesundheitssituation...	0	1	2	3	4	5	6
G3	...meinen Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung ...	0	1	2	3	4	5	6
H1	... meinem Familienleben ...	0	1	2	3	4	5	6

H2	... meinen Freundschaften ...	0	1	2	3	4	5	6
H4	... mir selber ...	0	1	2	3	4	5	6
H5	... meinem Wohnumfeld ...	0	1	2	3	4	5	6
H6	... meinem Leben im allgemeinen ...	0	1	2	3	4	5	6
H7*	... meiner finanziellen Situation ...	0	1	2	3	4	5	6
H8*	... meinen Zukunftsaussichten ...	0	1	2	3	4	5	6

Momentanes Befinden <small>ASTS © Prof. Dr. Claudia Dalbert, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg</small>									
Nachfolgend finden Sie eine Liste mit Wörtern, die verschiedene Gefühle und Gefühlszustände beschreiben. Bitte lesen Sie sorgfältig jedes einzelne Wort und kreuzen Sie dann die Zahl an, die am besten Ihren Gefühlszustand im Moment beschreibt. Bitte machen Sie bei jeder Aussage ein Kreuz.		se hr st ar k	st ar k	zi e ml ic h	et w as	sc h w ac h	se hr sc h w ac h	über haupt nicht	
1	zornig	7	6	5	4	3	2	1	
2	abgeschlafft	7	6	5	4	3	2	1	
3	unglücklich	7	6	5	4	3	2	1	
4	traurig	7	6	5	4	3	2	1	
5	angenehm	7	6	5	4	3	2	1	
6	betrübt	7	6	5	4	3	2	1	
7	freudig	7	6	5	4	3	2	1	
8	hoffnungslos	7	6	5	4	3	2	1	
9	müde	7	6	5	4	3	2	1	
10	verärgert	7	6	5	4	3	2	1	
11	frohgemut	7	6	5	4	3	2	1	
12	entmutigt	7	6	5	4	3	2	1	
13	fröhlich	7	6	5	4	3	2	1	
14	erschöpft	7	6	5	4	3	2	1	
15	heiter	7	6	5	4	3	2	1	
16	verzweifelt	7	6	5	4	3	2	1	
17	wütend	7	6	5	4	3	2	1	
18	entkräftet	7	6	5	4	3	2	1	
19	lustig	7	6	5	4	3	2	1	

Bitte überprüfen Sie nochmals, ob Sie kein Wort ausgelassen haben.

SMILE

Schedule for Meaning in Life Evaluation

Die Frage nach dem **Sinn des Lebens** bewegt viele Menschen. In den verschiedensten Lebenssituationen stellen sich Menschen diese Frage. Dies können besondere Glücksmomente sein, aber auch leidvolle Erfahrungen.

Im folgenden interessiert uns, **was Ihrem Leben Sinn gibt**. Darunter verstehen wir Bereiche, die einem **wichtig** sind. **Halt** geben und dem Leben **Bedeutung** verleihen.

Diese **Bereiche** sind für jede Person unterschiedlich, es gibt daher keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte beantworten Sie die Fragen einfach so offen und ehrlich wie möglich. Beziehen Sie sich auf Ihre gegenwärtige Lebenssituation.

Bitte nennen Sie 3 bis 7 Bereiche, die ihrem Leben Sinn geben, unabhängig davon wie zufrieden oder unzufrieden Sie momentan mit diesen Bereichen sind.
Die Reihenfolge der Nennung spielt keine Rolle.

Bereich 1: _____

Bereich 2: _____

Bereich 3: _____

Bereich 4: _____

Bereich 5: _____

Bereich 6: _____

Bereich 7: _____

5

Bitte achten Sie bei den folgenden Antworten darauf, dass die Nummerierung der Bereiche mit der Reihenfolge auf der vorigen Seite übereinstimmt. Bitte bewerten Sie jeden der von Ihnen genannten Bereiche! Beziehen Sie sich in Ihrer Einschätzung auf Ihre **gegenwärtige Lebenssituation**.

Bitte kreuzen Sie an, wie **zufrieden bzw. unzufrieden** Sie in den einzelnen Bereichen sind, d.h. wie sehr sich der jeweilige Bereich positiv oder negativ auf Ihren Lebenssinn auswirkt.

Wie zufrieden sind Sie mit ...	Sehr unzufrieden	Weder noch	Sehr zufrieden
Bereich 1	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)
Bereich 2	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)
Bereich 3	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)
Bereich 4	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)
Bereich 5	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)
Bereich 6	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)
Bereich 7	(-3)	(-2)	(-1) (0) (+1) (+2) (+3)

Bitte kreuzen Sie an, wie **wichtig** jeder einzelne Bereich für Ihren Lebenssinn insgesamt ist. Versuchen Sie, so deutlich wie möglich zwischen den Bereichen zu unterscheiden, indem Sie alle Ziffern erwägen.

Wie wichtig ist für Sie ...	Nicht wichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Äußerst wichtig
Bereich 1	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		
Bereich 2	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		
Bereich 3	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		
Bereich 4	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		
Bereich 5	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		
Bereich 6	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		
Bereich 7	(0) (1)	(2) (3) (4) (5) (6) (7)		

Zuletzt einige Fragen zu Ihrer Situation im Heim	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Hatten Sie selber den Wunsch in ein Heim zu ziehen?		
Wurden Sie durch äußere Umstände oder Angehörige dazu gedrängt, in ein Heim zu ziehen?		
Würden Sie lieber zuhause (allein oder mit Angehörigen) leben?		
Fühlen Sie sich wohl im Heim?		
Empfinden Sie die Atmosphäre im Heim als angenehm?		
Sind Sie zufrieden mit der Betreuung bzw. der Pflege durch das Personal?		
Empfinden Sie die Betreuung durch das Personal als ausreichend?		
Fühlen Sie sich in Ihren Bedürfnissen ernstgenommen?		
Nehmen Sie an Aktivitäten/Freizeitangeboten teil?		
Bekommen Sie regelmäßig Besuch von Familie oder Verwandten?		
Pflegen Sie Bekanntschaften /Freundschaften innerhalb des Heimes?		

Vielen Dank für Ihre Kooperationsbereitschaft.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

9.3 Abkürzungsverzeichnis

n	Anzahl
MW	Mittelwert
ns	nicht signifikant
p	Signifikanzniveau
r	Korrelationskoeffizient
SD	Standardabweichung
VAS	Visuelle Analog Skala
SpNQ	Spiritual Needs Questionnaire
SpREUK Krankheit	Spirituelle/Religiöse Einstellungen und Umgang mit Krankheit
BMLSS	Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale
ASTS	Skala der aktuellen Stimmungslage
ANOVA	Analysis of Variance/ Varianzanalyse
ERG-Modell	E-Existence-R-Relatedness-G-Growth
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
VIF	Variance Inflation Factor

9.4 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt in erster Linie dem lieben Gott!

Außerdem meiner Familie, meinem Ehemann, meinem Bruder, meiner Mutter und natürlich meiner Tochter. Sie alle haben mich unermüdlich in meinem ganzen Medizinstudium, mit all meinen Höhen und Tiefen, unterstützt und mir diesen Weg erst möglich gemacht!

Ich bedanke mich auch sehr bei meinem Betreuer Professor Dr. Eckhard Frick, für seine geduldige Betreuung und Unterstützung in der Umsetzung dieses Projektes.

Genauso bedanke ich mich bei Professor Arndt Büssing (Witten-Herdecke), der mir ermöglichte, meine Daten auf dem Spiritual Care Kongress 2014 auf Malta präsentieren zu dürfen. Ein besonderer Dank für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung!

Vielen Dank auch an Dr. Fegg. Er stellte sein SMILE Fragebogen für diese Studie zur Verfügung. Außerdem war er mir bei den ersten Schritten der Datenerhebung behilflich.

Des Weiteren bedanke ich mich bei Ansgar, Martin, Laura, Beate, Marion und Susanne.

Vielen Dank auch an das ganze Spiritual Care Team der LMU, Großhadern für die ganze Organisation.

Danke an alle Freunde, Verwandte und Bekannte die an mich geglaubt haben!

9.5 Literaturverzeichnis

1. Peters, E., et al., [Demographic change and disease rates: a projection until 2050]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2010. 53(5): p. 417-26.
2. Bomsdorf, E., Life expectancy in Germany until 2050. Experimental Gerontology, 2004. 39(2): p. 159-63.
3. Erichsen, N.B. and A. Bussing, Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. Evidence-based complementary and alternative medicine, 2013: p. 913-27.
4. Meyer, M., Betreuung älterer Menschen in Deutschland. 2007, Berlin: Springer.
5. Müller-Busch, H.C., [Definitions and goals in palliative medicine]. Der Internist (Berl), 2011. 52(1): p. 7-8, 10-2, 14.
6. Sepulveda, C., et al., Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. Journal of pain and symptom management, 2002. 24(2): p. 91-6.
7. Jongenelis, K., et al., Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. Journal of affective disorders, 2004. 83(2-3): p. 135-42.
8. Golden, J., et al., Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. International journal of geriatric psychiatry, 2009. 24(7): p. 694-700.
9. Mezuk, B., et al., Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. International journal of geriatric psychiatry, 2014. 29(12): p. 1198-211.
10. Greune, M., Der Alterssuizid in der Bundesrepublik Deutschland. Gefährdungspotentiale und Möglichkeiten der Prävention. Diplomarbeit Uni. Darmstadt, 2006.
11. Shea, G., Meeting the pastoral care needs of an aging population. Health progress, 1986. 67(5): p. 36-7, 68.
12. Sinclair, S., et al., Collective soul: the spirituality of an interdisciplinary palliative care team. Palliative & supportive care, 2006. 4(1): p. 13-24.
13. Mahoney, A. and K.I. Pargament, Sacred changes: Spiritual conversion and transformation. Journal of clinical psychology, 2004. 60(5): p. 481-92.
14. Frick, E. and T. Roser, Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. 2009, Stuttgart: Kohlhammer.

15. Jobin, G., et al., Spiritualität wie sie in der Palliativmedizin verstanden wird. *Spiritual Care* 2013. 2(1).
16. Büssing, A. and N. Kohls, Spiritualität transdisziplinär: wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. 2011, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
17. Hagen, T. and J. Raischl, Allgemeine und spezielle Kompetenzen in Spiritual Care. *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, 2011. 2.
18. Bucher, A., *Psychologie der Spiritualität*. 2007, Weinheim Basel: Beltz
19. Zwingmann, C., *Spiritualität/Religiosität und das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*. 2004, Frankfurt am Main: C.Zwingmann & H. Moosbrugger.
20. Brady, M.J., et al., A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology*, 1999. 8(5): p. 417-28.
21. Hoheisel, K. and H.J. Klimkeit, *Heil und Heilung in den Religionen*. 1995, Wiesbaden: Otto Harrassowitz Verlag.
22. Krech, V., *Georg Simmels Religionstheorie*. Vol. 4. 1998, Tübingen: Mohr
23. Spiro, M.E., *Religion: Problems of definition and explanation. Anthropological approaches to the study of religion*, 1966. 85: p. 96.
24. Varisco, D.M., The end of life, the ends of life: an anthropological view. *The Journal of IMA / Islamic Medical Association of North America*, 2011. 43(3): p. 203-7.
25. Hauser, J., *Vom Sinn des Leidens: die Bedeutung systemtheoretischer, existenzphilosophischer und religiös-spirituellder Anschauungsweisen für die therapeutische Praxis*. 2004, Würzburg: Königshausen & Neumann.
26. Schmelzer-Darani, M., *Was ist Religion?* 2008, Norderstedt: GRIN Verlag.
27. Schönborn, C., *Der Mensch als Abbild Gottes*. 2008, Augsburg: Sankt-Ulrichs-Verlag.
28. Moades, A., et al., Seeking Meaning and Hope: Self-Reported Spiritual and Existential Needs among an Ethnically-Diverse Cancer Patient Population. *Psycho-Oncology*, 1999. 8: p. 378-385.
29. Frick, E., Interview mit Pater Waldemar Kippes (Spiritual Care in Japan). *Spiritual Care*, 2013. 2(1): p. 60-65.
30. Puchalski, C., et al., Improving the quality of spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 2009. 12(10): p. 885-904.

31. Fegg, M.J., et al., Personal values and individual quality of life in palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 2005. 30(2): p. 154-9.
32. Büssing, A., Spiritualität/Religiosität als Ressource im Umgang mit chronischer Krankheit. *Spiritualität transdisziplinär: Wissenschaftliche Grundlagen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit*. 2011, Berlin Heidelberg: Springer. 107-124.
33. Selman, L., et al., Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of pain and symptom management*, 2014. 48(4): p. 518-31.
34. Büssing, A., et al., Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BioMedCentral Public Health*, 2010. 10: p. 507.
35. Licker, T., Maslows Bedürfnispyramide. *Analyse, Resonanz und Kritik*. 2015, Norderstedt: GRIN Verlag.
36. Maslow, A.H. and K.J. Lewis, *Maslow's hierarchy of needs*. 1987, Santa Monica: Salenger Incorporated.
37. Taormina, R.J. and J.H. Gao, Maslow and the motivation hierarchy: measuring satisfaction of the needs. *The American journal of psychology*, 2013. 126(2): p. 155-77.
38. Beleites, E. and A. uns übermittelten Argumente, *Wegweiser für ärztliches Handeln*. *Deutsches Ärzteblatt Köln*, 1998. 95: p. 1851-1851.
39. Basler, H., et al., Schmerzdiagnostik und Therapie in der Geriatrie. *Der Schmerz*, 2005. 19(1): p. 65-73.
40. Alderfer, C.P., An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational behavior and human performance*, 1969. 4(2): p. 142-175.
41. Laitinen, P., Participation of informal caregivers in the hospital care of elderly patients and their evaluations of the care given: pilot study in three different hospitals. *Journal of advanced nursing*, 1992. 17(10): p. 1233-7.
42. Büssing, A., et al., Zusammenhänge zwischen psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen und Bewertung von Krankheit bei Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Spiritual Care*, 2012(1): p. 57-73.
43. Bussing, A. and H.G. Koenig, The Benefit through spirituality/religiosity scale--a 6-item measure for use in health outcome studies. *International journal of psychiatry in medicine*, 2008. 38(4): p. 493-506.
44. Büssing, A., et al., *Encyclopedia of Quality of Life Research*. *Spiritual Care*. Vol. 1. 2014, Dordrecht: Springer. 57-73.

45. Field, M.J. and C.K. Cassel, Approaching death: improving care at the end of life. *Health progress*, 2011. 92(1): p. 25.
46. Schmid-Büchi, S., et al., The "Zurich Quality Model of Nursing Care", based on the "Quality of Health Outcome Model" (QHOM): a new perspective in measuring quality in nursing care. *Pflege*, 2008. 21(5): p. 309-17.
47. Sherman, A.C., et al., A multidimensional measure of religious involvement for cancer patients: the Duke Religious Index. *Support Care Cancer*, 2000. 8(2): p. 102-9.
48. Kellehear, A., Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative medicine*, 2000. 14(2): p. 149-55.
49. Moadel, A., et al., Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*, 1999. 8(5): p. 378-85.
50. Raoul, M. and C. Rougeron, [Spiritual needs of end of life home care patients: a qualitative study with 13 patients]. *International journal of bioethics*, 2007. 18(3): p. 63-83, 117.
51. Hsiao, S.M., et al., An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes. *Journal of clinical nursing*, 2011. 20(7-8): p. 950-9.
52. Büssing, A., et al., Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: validation of the Chinese version of the Spiritual Needs Questionnaire. *Journal of integrative medicine*, 2013. 11(2): p. 106-15.
53. Bussing, A. and D.R. Recchia, Spiritual and Non-spiritual Needs Among German Soldiers and Their Relation to Stress Perception, PTSD Symptoms, and Life Satisfaction: Results from a Structural Equation Modeling Approach. *Journal of religion and health*, 2016. 55(3): p. 747-64.
54. Feudtner, C., J. Haney, and M.A. Dimmers, Spiritual Care Needs of Hospitalized Children and Their Families: A National Survey of Pastoral Care Providers' Perceptions. *Pediatrics*, 2003. 111: p. 67-72.
55. Büssing, A., H.J. Balzat, and P. Heusser, Spiritual Needs of Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer-Validation of the Spiritual Needs Questionnaire. *European Journal of Medical Research*, 2010. 15: p. 266-273.
56. Wijk, H. and A. Grimby, Needs of elderly patients in palliative care. *The American journal of hospice & palliative care*, 2008. 25(2): p. 106-11.
57. Ross, L.A., Elderly patients' perceptions of their spiritual needs and care: a pilot study. *Journal of advanced nursing*, 1997. 26(4): p. 710-5.

58. Büssing, A., et al., Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine*, 2013. 1-11.
59. Speck, P., I. Higginson, and J. Addington-Hall, Spiritual needs in health care. *British Medical Journal*, 2004. 329(7458): p. 123-4.
60. Strang, S., P. Strang, and B.M. Ternestedt, Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of clinical nursing*, 2002. 11(1): p. 48-57.
61. Burack, O.R., et al., What matters most to nursing home elders: quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2012. 13(1): p. 48-53.
62. Baldacchino, D.R. and L. Bonello, Anxiety and depression in care homes in Malta and Australia: part 2. *British journal of nursing*, 2013. 22(13): p. 780-5.
63. Balboni, T., et al., Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of- Life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 2007. 10(25(5)): p. 555-560.
64. Dezutter, J., et al., God image and happiness in chronic pain patients: the mediating role of disease interpretation. *Pain medicine*, 2010. 11(5): p. 765-73.
65. Erichsen, N.B. and A. Bussing, Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2013. 2013: p. 913247.
66. Bussing, A., The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Journal of Chinese integrative medicine* 2010. 8(9): p. 832-41.
67. Bussing, A., K. Franczak, and J. Surzykiewicz, Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness in Polish Patients with Chronic Diseases: Validation of the Polish Version of the SpREUK Questionnaire. *Journal of religion and health*, 2016. 55(1): p. 67-84.
68. Bussing, A., The SpREUK-SF10 questionnaire as a rapid measure of spiritual search and religious trust in patients with chronic diseases. *Journal of Chinese integrative medicine* 2010. 8(9): p. 832-41.
69. Büssing, et al., Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *European journal of medical research*, 2009. 14(4): p. 171-7.
70. Fegg, M.J., et al., The Schedule for Meaning in Life Evaluation (SMiLE): validation of a new instrument for meaning-in-life research. *Journal of pain and symptom management*, 2008. 35(4): p. 356-64.

71. Dalbert, C., Subjektives Wohlbefinden junger Erwachsener: Theoretische und empirische Analysen der Struktur und Stabilität. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1992. 13: p. 207-220.
72. Rauh, K.H., R.S. Andersen, and J. Rosenberg, Visual analogue scale for measuring post-operative pain. *Ugeskrift for læger*, 2013. 175(24): p. 1712-6.
73. Alon, S., Researching the meaning of life: finding new sources of hope. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 2010. 11 Suppl 1: p. 75-8.
74. Nicol, M., *Meditation bei Luther*. 1991, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
75. Ameling, A., Prayer: an ancient healing practice becomes new again. *Holistic nursing practice*, 2000. 14(3): p. 40-8.
76. Sedlmayr, H. and W. Hofmann, *Verlust der Mitte*. 1983, Salzburg: Müller.
77. Rahner, K. and H. Vorgrimler, *Kleines Konzilskompandium*. 1967, Freiburg: Herder.
78. *Lutherbibel, Jesaja 46: 4*. 1912, Stuttgart: Belser.
79. Faupel, A., *Präventive Maßnahmen in Altenheimen gegen Altersdepression*. 2005, Norderstedt: GRIN.
80. Stern, M., M, Trauma, Todesangst und Furcht vor dem Tod: In psychoanalytischer Theorie und Praxis. *Psyche*, 1972. 26(12): p. 901-928.
81. Hattingen-Witten, S.i.E.K., *Spiritual Care–Pastoralpsychologische Weiterbildung in Seelsorge (KSA)*. 2012.
82. Fank-Landkammer, B., Experten fürs Leben–Caritas-Kampagne 2010, eine Initiative für selbstbestimmte Teilhabe im Alter, in *Best Practice Modelle im 55plus Marketing*. 2011, Springer: Wiesbaden. p. 253-260.
83. Butler, R.N., Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1974.
84. Borg, C., et al., Life satisfaction in 6 European countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (Aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatric nursing*, 2008. 29(1): p. 48-57.
85. Bowen, S.E. and S. Zimmerman, Understanding and improving psychosocial services in long-term care. *Health care financing review*, 2008. 30(2): p. 1-4.
86. Loetz, C., et al., Attachment theory and spirituality: two threads converging in palliative care? *Evidence-based complementary and alternative medicine* 2013. 2013: p. 740291.

87. Ehlman, K. and M. Ligon, The application of a generativity model for older adults. *International journal of aging & human development*, 2012. 74(4): p. 331-44.
88. Gallagher, R.L., Metaphor in Cicero's *De re publica*. *The Classical Quarterly (New Series)*, 2001. 51(02): p. 509-519.
89. Gatterer, G. and M.A. Croy, Prävention dementieller Erkrankungen, in *Leben mit Demenz*. 2005, Springer: Wien New York. p. 63-90.
90. Wilson, K., P. Mottram, and A. Sixsmith, Depressive symptoms in the very old living alone: prevalence, incidence and risk factors. *International journal of geriatric psychiatry*, 2007. 22(4): p. 361-6.
91. Young, C.A. and P.G. Reed, Elders' perceptions of the role of group psychotherapy in fostering self-transcendence. *Archives of psychiatric nursing*, 1995. 9(6): p. 338-47.
92. Chochinov, H.M., et al., Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2005. 23(24): p. 5520-5.
93. Ben Natan, M., D. Garfinkel, and I. Shachar, End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 2010. 14(4): p. 299-303.
94. Goncalves, D.C., P.B. Albuquerque, and C. Paul, Life review with older women: an intervention to reduce depression and improve autobiographical memory. *Aging clinical and experimental research*, 2009. 21(4-5): p. 369-71.
95. Chippendale, T. and J. Bear-Lehman, Effect of life review writing on depressive symptoms in older adults: a randomized controlled trial. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 2012. 66(4): p. 438-46.
96. Daaleman, T.P., et al., Spiritual care at the end of life in long-term care. *Medical care*, 2008. 46(1): p. 85-91.
97. Puchalski, C., Addressing the spiritual needs of patients. *Cancer treatment and research*, 2008: p. 80-81.
98. Köcher, R., Wandel des religiösen Bewußtseins in der Bundesrepublik Deutschland, in *Religion, Kirche und Gesellschaft in Deutschland*. 1988, Leske+Budrich: Opladen. p. 145-158.
99. Büssing, A., et al., Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain medicine*, 2009. 10(2): p. 327-39.

100. Frick, E., et al., A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *European journal of cancer care (Engl)*, 2006. 15(3): p. 238-243.
101. Balboni, T.A., et al., Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 2007. 25(5): p. 555-60.
102. Power, K.G. and G.R. Sharp, A comparison of sources of nursing stress and job satisfaction among mental handicap and hospice nursing staff. *Journal of advanced nursing*, 1988. 13(6): p. 726-32.
103. Kairies, K., Stressbewältigung durch Entwicklung von Spiritualität im Sinne einer religionsunabhängigen Erfahrung: ein Konzept zur Verbesserung von Wettbewerbsfähigkeit und Steigerung von Produktivität in Unternehmen. 2008, Heidelberg: Sauer.
104. Ribeiro, V.F., et al., Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *International archives of medicine*, 2014. 7: p. 22.
105. Gijssberts, M.J., et al., Spiritual end-of-life care in Dutch nursing homes: an ethnographic study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2013. 14(9): p. 679-84.
106. Lee, E. and K. Baumann, *Journal of the American Medical Directors Association. Evid Based Complement Alternat Med*, 2013. 2013: p. 280-288.
107. Greenstreet, W.M., Teaching spirituality in nursing: a literature review. *Nurse education today*, 1999. 19(8): p. 649-58.
108. Boitte, P. and J.P. Cobbbaut, *Éthiques des soins palliatifs*. Vol. 3. 2009, Paris: Jaquemin D, de Broucker D. 135-136.
109. Hicks, T.J., Jr., Spirituality and the elderly: nursing implications with nursing home residents. *Geriatric nursing*, 1999. 20(3): p. 144-6.
110. Hamlen, G.G., Challenges to preparing and conducting christian worship in nursing homes. *The journal of pastoral care & counseling : JPCC*, 2004. 58(4): p. 325-34.
111. Kang, J., et al., Addressing the religious and spiritual needs of dying patients by healthcare staff in Korea: patient perspectives in a multi-religious Asian country. *Psychooncology*, 2012. 21(4): p. 374-81.
112. Pearce, M.J., et al., Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 2012. 20(10): p. 2269-76.

113. Reynolds, K., et al., Needs of the dying in nursing homes. *Journal of palliative medicine*, 2002. 5(6): p. 895-901.
114. Cavalieri, T.A. and N.-J.S.o.O.M. Department of Medicine, Ethical issues at the end of life. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 2001. 101(10): p. 616-22.
115. Nubling, M., et al., Psychosocial work load and stress in the geriatric care. *BioMedCentral Public Health*, 2010. 10: p. 428.
116. Begemann, V., » Der Tod geht tagein, tagaus neben mir « Abschiedlichkeit und Gelassenheit als wegweisende Haltungen in der Sterbebegleitung. *Wege zum Menschen*. Vol. 60. 2008, Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht. 546-556.
117. Schnoor, C., Kants kategorischer imperativ als Kriterium der Richtigkeit des Handelns. 1989, Tübingen: Mohr.
118. Koenig, H., EC RSH 14 Konferenz auf Malta. 2014.
119. Curlin, F.A., et al., Religion, clinicians, and the integration of complementary and alternative medicines. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 2009. 15(9): p. 987-94.
120. Quill, T.E., R. Arnold, and A.L. Back, Discussing treatment preferences with patients who want "everything". *Annals of internal medicine*, 2009. 151(5): p. 345-9.
121. Bruns, F., D. Steinmann, and O. Micke, Spiritualität in der Onkologie. *Der Onkologe*, 2007. 13(6): p. 490-498.

Eidesstattliche Versicherung

Öven-Uslucan Jülyet

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

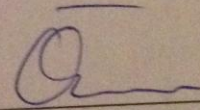
Die spirituellen & psychosozialen Bedürfnisse
von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen
in Bayern

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und
alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als
solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle
einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in
ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades
eingereicht wurde.

Putebrunn 15.9.16

Ort, Datum



Unterschrift Doktorandin/Doktorand